

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turmanº8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Dr. Gerardo Barbosa,
Espumoso /RS**

Sandra Del Portal Hernández

Pelotas, 2015

Sandra Del Portal Hernández

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Dr. Gerardo Barbosa,
Espumoso /RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Caroline Kröning Feijó

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

H557m Hernández, Sandra del Portal

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Dr. Gerardo Barbosa, Espumoso/RS / Sandra del Portal Hernández; Caroline Kröning Feijó, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

112 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Feijó, Caroline Kröning, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Quero dedicar este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, presente nas horas de angustia, me deu coragem e força, para essa longa jornada, a meus filhos por compreender a necessidade de estar distantes, por todo amor e alegria, por ser minha vida e aos meus pais especialmente, pela dedicação e paciência no cuidado de meus filhos, seu apoio incondicional e seu grande amor.

Agradecimentos

Agradeço a minha orientadora Caroline Kröning Feijó, por dividir conhecimentos, por sua paciência e dedicação, pelo apoio e compreensão em todo momento, por sua orientação sempre pronta e certa, pela confiança que me ofereceu ao longo do curso.

Agradeço a todos os profissionais da Universidade, pela oportunidade de participar deste curso sendo diferente de outros ensinados.

Agradeço equipe de saúde da unidade, que fizeram parte deste trabalho e especialmente às Agentes Comunitárias de Saúde por seu apoio constante.

Agradeço a todas as pessoas do Município Espumoso que acreditaram e me apoiaram no desenvolvimento da intervenção.

Agradeço à minha família por seu apoio em todo momento.

Resumo

HERNÁNDEZ, Sandra Del Portal. **Melhoria da Atenção à Saúde do idoso na UBS Dr. Gerardo Barbosa, Espumoso /RS**. 2015. 107. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa é uma necessidade prioritária da Atenção Primária de Saúde assim como a Saúde da Família, pois esta influi positivamente nos cuidados da pessoa idosa. O presente trabalho objetivou a melhoria da atenção à população idosa na Unidade Básica de Saúde Dr. Gerardo Barbosa, no município de Espumoso/RS, no ano 2015. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Durante os três meses da intervenção foram avaliados um total de 82,5% (677) idosos, além disso, realizamos a avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, prescrição de exames complementares periódicos, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, cadastramento e visitas domiciliares dos idosos acamados ou com problema de locomoção, rastreamento para Hipertensão Arterial, e DM, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, assim como a primeira consulta com o dentista, busca ativa dos idosos faltosos, atualizamos e mantemos o registro específico, avaliação do risco de morbimortalidade, além da avaliação para a fragilização na velhice e da rede social. Foram utilizados todos os espaços como atendimentos individuais, coletivos e visitas domiciliares para realização de ações educativas sobre a alimentação saudável, prática regular de atividade física, saúde bucal, sobre os fatores de riscos no caso dos idosos hipertensos e diabéticos, assim como outros temas relacionados com as complicações e agravos destas doenças. As atividades desenvolvidas contribuíram para nova experiência dos profissionais e da população em geral quanto à importância do desenvolvimento de uma atenção com qualidade para a promoção e prevenção da saúde desses usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Idoso; Cuidado Integral; Doenças Crônicas.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia 1-mapa do município de Espumoso/RS com seus municípios limites.	14
Figura 2	Fotografia 2-Atendimento e entrevista a equipe	53
Figura3	Fotografia3- Entrevista para rádio de Espumoso	53
Figura4	Fotografia4- Entrevista a equipe para jornal	54
Figura5	Fotografia5- Entrevista a equipe para jornal	54
Figura6	Fotografia 6- Entrevista para jornal	54
Figura7	Fotografia 7- Entrevista equipe para jornal	54
Figura8	Fotografia 8- Primeira o encontro com ASC	55
Figura9	Fotografia 9- Reunião com as ACS	55
Figura10	Fotografia 10- Atendimento em Deposito na comunidade	57
Figura11	Fotografia 11- Consulta na Assistência Social	57
Figura12	Fotografia12-Visita domiciliar	59
Figura13	Fotografia 13- Visita domiciliar	59
Figura 14	Fotografia 14- Palestra a usuários na UBS	59
Figura 15	Fotografia 15- Palestra em assistência social	59
Figura 16	Fotografia 16- Palestra com assistência social	60
Figura 17	Fotografia 17- Palestra com dentista	60
Figura 18	Fotografia18- Palestra em assistência social	60
Figura 19	Fotografia 19- Palestra na igreja matriz municipal	60
Figura 20	Fotografia20- Reunião com equipe	61
Figura 21	Fotografia 21- Reunião com profissionais da UBS	61
Figura22	Gráfico1-Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde nos meses de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/Rs	65
Figura 23	Gráfico 2-Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na unidade de saúde nos meses de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.	67
Figura 24	Grafico3-Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade de saúde nos meses	68

de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.

- Figura 25 Gráfico 4- Proporção de idosos acamados ou com problemas de 69
locomoção com visita domiciliar na unidade de saúde nos meses
de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.
- Figura 26 Gráfico 5-Proporção de idosos hipertensos rastreados para 71
diabetes na unidade de saúde nos meses de abril, maio e junho
de 2015, Espumoso/RS
- Figura 27 Gráfico 6-Proporção de idosos com avaliação da necessidade de 71
atendimento odontológico na unidade de saúde nos meses de
abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.
- Figura 28 Gráfico7-Proporção de idosos com primeira consulta 73
odontológica programática na unidade de saúde nos meses de
abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.
- Figura 29 Gráfico 8- Proporção de idosos faltosos às consultas que 74
receberam busca ativa na unidade de saúde nos meses de abril,
maio e junho de 2015, Espumoso/RS.
- Figura 30 Gráfico 9-Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da 75
Pessoa Idosa na unidade de saúde nos meses de abril, maio e
junho de 2015, Espumoso/RS.
- Figura 31 Gráfico 10 - Proporção de idosos com avaliação de risco para 76
morbimortalidade em dia na unidade de saúde nos meses de
abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	26
2 Análise Estratégica	27
2.1 Justificativa	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos e metas	28
2.2.1 Objetivo geral	28
2.2.2 Objetivos específicos e metas	28
2.3 Metodologia	30
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores	47
2.3.3 Logística	52
2.3.4 Cronograma.....	55
3 Relatório da Intervenção.....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	65
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	65
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	66
4 Avaliação da intervenção.....	67
4.1 Resultados.....	67
4.2 Discussão	82
5 Relatório da intervenção para gestores	82
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	94
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	101
Referências	103
Apêndices.....	104
Anexos....	102

Apresentação

Trabalho de Conclusão de Curso de pós-graduação em Saúde da Família – modalidade de ensino à distância (EaD) promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPel/UNASUS).

O volume está organizado nas seguintes unidades de trabalho: análise situacional, análise estratégica, relatório da intervenção, avaliação da intervenção, relatório da intervenção para os gestores, relatório da intervenção para a comunidade, reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, as referências bibliográficas e os anexos.

O volume trata de uma intervenção com o objetivo de melhorar a Atenção à Saúde do Idoso na UBS Dr. Gerardo Barbosa, Espumoso /RS. A análise situacional descreve de forma geral o município ao qual pertence a unidade e, ainda a descrição da unidade e os profissionais que formam parte da equipe de saúde.

Na análise estratégica desenhamos os objetivos, metas, metodologia, ações propostas para a intervenção, enfatizando em cada um destes elementos, sendo definidos os objetivos, metas, indicadores, ações e logística para desenvolver a intervenção.

No relatório da intervenção fazemos uma análise das ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por último, uma análise da viabilidade da incorporação à rotina do serviço das ações previstas no projeto.

Na avaliação da intervenção são apresentados a discussão e os resultados obtidos durante a mesma. No relatório da intervenção para os gestores e comunidade fazemos um relato dos pontos mais importantes enfatizando as ações que foram e que não foram desenvolvidas na intervenção, assim como um resumo em que se apresenta a realidade anterior e após a intervenção realizada.

Ao final, fizemos uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem relacionado com a intervenção e com os demais conteúdos do curso. Por último apresentamos nos anexos os instrumentos utilizados para desenvolver a intervenção e as referências bibliográficas.

O período de intervenção teve uma duração de 12 semanas. E ocorreu abril de 2015 até maio de 2015.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) situa-se no município Espumoso, estado Rio Grande do Sul. Espumoso tem uma área total de 823.90km², com uma densidade demográfica de 1.340 hab./km² nas áreas urbanas e 8,5hab./km² na área rural. Esta cidade se caracteriza por ser essencialmente agrícola e se destaca pela maior produção de soja, milho e trigo, na pecuária predominam a exploração do gado bovino para corte; aproximadamente 65% da população desempenham suas atividades na agricultura, pecuária e silvicultura; 10% desempenham suas atividades no setor de indústria, e 25% outras atividades, sendo desemprego aproximadamente 28% a 30% da população ativa deste município. Na cidade 965 residências são abastecidas com água de poços artesianos tratados pela CORSAN, devido à erosão do solo existe assoreamento dos mananciais hídricos, grande quantidade de corretivos, fertilizantes agrícolas e pesticidas é carregada pelos rios; muitos contaminados, mas em contrapartida a prefeitura, já está tomando as providências para seu tratamento.

Os serviços de saúde do município Espumoso estão organizados em duas Unidades Básicas de Saúde uma no centro da cidade onde se encontra incluída a Secretaria Municipal e a outra fica na periferia do município, neste momento temos um ESF pertencente a unidade que se encontra na periferia. A unidade de saúde central presta atendimento em 3 postos de saúde no interior que são: Depósito, Serra dos Engenheiros e Campo Cumprido, estes atendimentos favorecem a comunidades que ficam relativamente perto como: Rincão dos Oliveros, São Domingos, Escadinha do Céu, Eucaliptos, Campinha Redonda, Volta Alegre, Eucaliptos e Guachuma. Esta proposta pelo município de saúde a criação de três unidades básicas mais, com a conformação de ESF, atualmente se espera a

aprovação do ESF para unidade de Depósito onde realizamos atendimentos duas vezes por semana. O cadastramento e mapeamento de todo o município está sendo feito com objetivo de descentralizar e organizar o atendimento.

A estrutura da unidade básica possui 400mt, em sua estrutura conta com os mobiliários, equipamentos e instrumentais necessários para trabalhar. Ela conta com: duas recepções, uma farmácia, um consultório de nutricionista, duas salas para triagem, um consultório ginecológico, uma sala da psicologia, uma sala da assistente social, dois consultórios clínicos, um consultório de pediatria, uma sala de fisioterapia, uma sala de vacinas e dois consultórios odontológicos. Também tem sala de: curativo, observação, encaminhamentos de média e alta complexidade para os municípios de referência, administrativas, epidemiologia, banheiros, serviços, sala de reuniões, esterilização e sala das agentes comunitárias de saúde.

A USB conta com o pessoal necessário para oferecer serviços de qualidade. Temos no total três médicas do programa mais médico para o Brasil, três clínicos gerais, um pediatra, um cirurgião geral, quatro enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, uma nutricionista, um fisioterapeuta, um psicólogo, dois odontólogos, três recepcionistas, vinte Agentes Comunitários de Saúde, um secretário de saúde, dois serviços gerais, quatro motoristas e três farmacêuticas. A equipe de saúde oferece atendimento de segunda a sexta-feira os serviços de clínica geral, psicologia, odontologia, fisioterapia, ginecologia-obstetrícia, cirurgia e nutrição. Também se oferecem serviços de urgências, através de encaminhamento ao hospital de Espumoso, temos três laboratórios de análise clínicas, em todos se oferecem serviços particulares e convênios com SUS.

Na UBS se atende diariamente um total de 40 **usuários** pelos médicos do programa mais médicos e se realizam visitas domiciliares conforme as necessidades e a programação especificam.

A população é fundamentalmente agricultora, temos 15.240 habitantes, a população urbana é de 11.131 e rural de 4109. O predomínio do sexo feminino com 7708 contra o sexo masculino 7532. A faixa etária predominante é de 20 a 59 anos. Temos altas taxas de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças mentais e gastrite crônica. A partir da identificação dos principais problemas de saúde se realizam uma série de atividades como: palestras e entrega dos medicamentos dos grupos de hipertensos e diabéticos, visitas domiciliares a idosos, crianças, gestantes e pessoas com limitações físicas e mentais. Além disso, uma

equipe formada por médica, dentista, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS vai visita as comunidades rurais mais distantes.

E importante salientar que a equipe de saúde está trabalhando diariamente na organização das atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação.

1.2 Relatório da Análise Situacional

As Unidades Básicas de Saúde são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2007)

O município Espumoso pertence à região norte do estado Rio Grande do Sul. Caracteriza-se por uma área total de 783.065 km quadrados, com um total de população de 15.240 com uma densidade demográfica de 1.340 hab./km quadrados nas áreas urbanas e 8,5hab./km quadrados na área rural. (FULBER, 2000).



Figura 1: mapa do município de Espumoso/RS com seus municípios limites.

No ano 1996 foi fundada a Secretaria Municipal de Saúde (FULBER, 2000). Hoje está organizada com duas unidades básicas de saúde (UBS) urbanas contamos com um ESF e três UBS de saúde no interior, a unidade de saúde do centro funciona como unidade mista. Contamos com um hospital particular, conveniado ao SUS, e assim garantindo atendimentos de urgência, internações,

consultas com especialistas, como traumatologista e realização de exames laboratoriais, ultrassom e raios-X de urgência. O serviço de saúde do município tem disponíveis três laboratórios de análises clínicas, todos oferecem serviços particulares e SUS.

Dispõe de Centro de Especialidade Odontológica (CEO) que mediante convênios realiza a colocação de próteses totais aos usuários com baixos recursos econômicos. Oferece-se também por meio do CEO procedimentos odontológicos especiais para determinadas doenças bucais, cirurgias complexas e, em caso de algum procedimento especializado sem possibilidade de serem realizados neste centro, os usuários são encaminhados para o município de Passo Fundo/RS próximo à Espumoso.

Minha unidade de saúde o centro municipal de saúde “Dr. Gerardo Barbosa”, funciona como secretaria municipal e UBS realizamos atendimento a zona urbana e rural. As comunidades do interior são visitadas uma vez por semana pelo odontólogo, técnico de enfermagem e médico; o resto da semana os atendimentos ocorrem na UBS. Não temos equipes de estratégia de saúde família, temos agentes de saúde concursados e realizando o mapeamento da população, este não está concluído, ainda não temos o território de atuação definido, está prevista que sejam criadas cinco equipes na UBS, desenvolvemos atividades de ensino desde 2008, neste momento com estudantes de enfermagem. Ainda não contamos com núcleo de atenção à saúde da família (NASF).

A UBS possui 400m², tem mobiliários, equipamentos e instrumentais necessários. Consta com: duas recepções uma, para a secretaria e outra para a UBS, farmácia, cinco consultórios para pediatria, ginecologia, nutricionista e dois para clínicos gerais, e dois consultórios odontológicos assim como várias salas utilizadas para assistência social, triagem, sala de lavagem e esterilização, fisioterapia, vacina, reuniões, sala dos agentes comunitários, epidemiologia, curativo, e sala de observação com três leitos para atendimentos de urgências também outras salas administrativas. Contamos com banheiros para trabalhadores e usuários, além da cozinha.

Também temos área de depósito de material de limpeza, depósito de lixo e sala de resíduos sólidos. O prédio é adequado, possui acessibilidade para pessoas com deficiências, possui boa iluminação sendo o interior, as portas e janelas

revestidas por material lavável. Existe sinalização visual dos ambientes que permite a comunicação através de figuras.

Encontra-se como dificuldades a falta de ventilação em determinadas salas e a ausência de sala específica para coleta de material de análises clínica. A solução destes problemas depende de recursos financeiros, possuindo baixa governabilidade. Também precisamos materiais educativos e preventivos.

A unidade conta com uma gama de medicamentos, porém neste momento a Amoxicilina (500mg) comprimidos e suspensão (250mg/5 ml), estão em falta, também não contamos com medicamento fitoterápicos e homeopáticos, como alternativa usamos a medicina natural e tradicional, também, para fazemos vínculos com a população, incentivamos a criação de jardins de plantas medicinais, dentro da comunidade, e assim manter a cultura e ensinar aos mais jovens, já existe um grupo que se dedica há muito tempo para fazer estes medicamentos o qual está sendo reativado.

Contamos com serviço de internet, o qual nos permite trabalhar com prontuários eletrônicos facilitando a informação dos usuários, além de estudar e buscar informações educativas, assim como trabalhos administrativos e agendamentos para diferentes especialidades em diferentes entidades.

A equipe de trabalho é formada por médicas do Programas Mais Médicos, três clínicos gerais, um pediatra, um cirurgião geral, quatro enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, uma nutricionista, um fisioterapeuta, um psicólogo, cinco odontólogos, três recepcionista, vinte agentes comunitários de saúde (ACS), três farmacêuticas entre outros profissionais administrativos. Todos os dias ocorrem atendimentos pelas médicas do programa, também são realizadas vistas, uma vez por semana, as comunidades do interior, juntamente com o dentista e a técnica de enfermagem. Os especialistas atendem em diferentes dias da semana.

Os usuários que necessitam de avaliação de especialidades, como oftalmologista, neurologista, gastroenterologista, otorrinolaringologista, entre outras são agendados para consultas nos hospitais de referência em uma cidade vizinha, o tempo de espera é em média de trinta dias. Esta é uma das limitações, existem muitos problemas que precisam do critério do especialista ou exame específico, para determinar uma conduta ou complementar um diagnóstico isso pode atrapalhar o desenvolvimento do atendimento.

Nossa UBS tem condições estruturais, pessoal qualificado só falta organizar os serviços pelos programas e protocolos indicados pelo Ministério de Saúde, a formação das equipes de saúde e criação do NASF. A territorialização e o mapeamento são realizados pelos ACS, os outros trabalhadores participam somente na parte de planejamento. Realizamos cuidados domiciliares, ações educativas em escolas, igreja, espaços comunitários, assistência social, atividades de grupo de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

Uma das maiores limitações é a falta da equipe de saúde da família a fim de potencializar as ações de planejamento, organização, avaliação e intervenções na comunidade. A equipe permite planejar ações educativas, ações de promoção realizar ações programáticas, coletivas e de vigilância a saúde. (PADILLA, 2011)

A população da UBS municipal conta com uma área de abrangência, de aproximadamente 11 000 habitantes, lembrando que o processo ainda está em andamento. Existem aproximadamente 5610 pessoas do sexo feminino correspondendo 51% da população e 5390 do sexo masculino equivalente a 49 % da população.

Quanto ao atendimento por demanda espontânea, pode-se dizer que é de grande volume, não existe uma programação de atendimento, porém não há sobrecarga de trabalho entre os profissionais, pois é distribuída entre as três medicas e ainda há o auxílio dos especialistas.

Os usuários são acolhidos pela recepcionista e escutados de forma adequada, sempre de forma humanizada, participam enfermeiras, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde todos os dias da semana e em dois turnos de trabalho. A maioria dos usuários é assistida por demanda espontânea, apenas em alguns casos agendamos, sobre tudo para os usuários com doenças crônicas. No caso da atenção as crianças, a puericultura e outros atendimentos são realizados por demanda espontânea, pelo pediatra ou pelo ginecologista. Todos os profissionais da unidade têm como objetivo dar uma atenção adequada levando satisfação plena dos usuários. As notificações compulsórias de doenças e agravos são realizadas pelas enfermeiras.

Em relação ao pré-natal são acompanhadas 13% (22) gestantes da área cadastrada. O atendimento é realizado todos os dias da semana, pelo ginecologista. Os atendimentos se cumprem pelo protocolo, as gestantes são captadas no primeiro trimestre e realizadas os exames laboratoriais indicados, com as consultas do

acordo com as indicações do Ministério de Saúde. E realizado exame clínico geral e ginecológico (controle dos cânceres de colo do útero e mama), o exame ginecológico e realizado em todos os trimestres, também é avaliada a saúde mental, vacina antitetânica e contra as hepatites B, a percepção de suplementação de sulfato ferroso, são orientadas sobre alimentação saudável, a importância do aleitamento materno exclusivo e os riscos do tabagismo e alcoolismo e orientados sobre a importância do atendimento ao recém-nascido seus cuidados, também são orientadas para fazer revisão ao recém-nascido, como a puérpera antes os sete dias.

Entre as dificuldades encontradas destacamos que só 73% (16) grávidas foram avaliadas por odontologia.

É necessário ampliar a cobertura, realizar atividades educativas com a população, visitas domiciliares, explicando a importância da atenção pré-natal.

Com relação à atenção durante o puerperio, observamos que este indicador não é o melhor só fizeram consulta nos últimos 12 meses 49%(65), não se faz sua avaliação compreendo o protocolo. As 65 puerperas consultaram antes dos 42 dias de post- parto, foi registrada com exame físico incluindo exame de mamas, ginecológico receberam orientação sobre aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar, avaliação de estado físico e em quanto à intercorrências.

Consideramos muito importante envolver nos atendimentos das gestantes e puerperas ao resto dos profissionais o que aumentaria a cobertura, assim a qualidade, as ações educativas de promoção e prevenção necessárias em esta etapa de vida da mulher.

Quanto à saúde da criança de 0 a 72 meses o atendimento e o acolhidos são desenvolvidos pelo pediatra em conjunto com a enfermeira através de consultas de puericultura, estas são agendadas e realizadas três vezes na semana, nas tardes. Os médicos clínicos atendem somente demanda espontânea. Todas as crianças que procuram a UBS são atendidas. Acredito que muitas não são avaliadas pelo pediatra, também não vão à consulta particular, muitos procuram o serviço de saúde somente devido alguma doença ou vacinação, não realizando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento ou muitas vezes vão a primeira consulta, porém não existe uma continuidade do atendimento. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico nutricional e ficha de vacina não

existe registros dos atendimentos específico que permitam um monitoramento ou planejamento destas ações.

O indicador de cobertura de atenção às crianças é de 76% com 100 crianças cadastradas, sendo que são estimadas 132 crianças menores de um ano. Com relação aos indicadores de qualidade 100% das crianças têm realizado consultas em dia, 52%(52) apresentaram atraso na consulta agendada em mais de sete dias, 82% (82) das crianças realizou o teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida, 48%(48) realizaram triagem auditiva e foram avaliadas quanto a saúde bucal. Já quanto ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento está sendo realizado em dia com 100%(100) das crianças, assim como o esquema vacinal, orientação para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes.

As ações de prevenção desenvolvidas como saúde bucal, saúde mental, imunizações prevenção de anemia, aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis e teste do pezinho são organizadas pelas enfermeiras e técnicos de enfermagem. Estas ações não são suficientes, não existe uma estrutura conforme o programa, pelo protocolo, porém não é aplicado adequadamente. Consideramos que com a organização do trabalho, aumentaremos a cobertura e a realização da puericultura seria de melhor qualidade.

É necessário incrementar o número de ações educativas e promoção com a participação em equipe, educar as gestantes e puérperas, sobre a importância da consulta. Consideramos que a participação dos médicos de família junto com o obstetra, iria ampliar o atendimento e melhorar a qualidade da atenção pré-natal na UBS.

O programa do controle câncer do colo do útero é de responsabilidade de uma enfermeira, está faz a coleta do exame, três dias na semana pela manhã, também estão envolvidos nestas ações os médicos de família e o médico ginecologista. As mulheres são orientadas em consulta, sobre o uso de preservativos e malefício do tabagismo, de forma individual.

As ações são registradas somente em prontuário eletrônico, são revisados, porém não regularmente, pela enfermeira, ela verifica exame em atraso e alterado, não há atualização do registro, o que facilitaria a busca ativa das pacientes com citopatológico alterado, evitando complicações futuras e melhor organização do trabalho.

O indicador de cobertura de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área é de 61%, 1858 mulheres são acompanhadas na UBS para a prevenção de Câncer de colo de útero, sendo o número estimado de 3028 mulheres. Estes resultados se devem ao fato de muitas mulheres serem resistentes a realização do exame citopatológico, principalmente as jovens e as maiores de 55 anos. Um fator que influi é o tempo de agendamento para a realização do exame, este pode ser de até de três meses ou mais e assim muitas mulheres esquecem e não realizam o exame.

Os indicadores de qualidade do Programa de prevenção do Câncer de colo de útero não são satisfatórios, somente 28%(513) das mulheres têm exame citopatológico para câncer do colo do útero em dia, 72%(1345) mulheres têm mais de seis meses de atraso e 3%(50) mulheres apresentaram exames citopatológicos com resultados alterados. Dos exames coletados 25%(463) tenham amostras satisfatórias. 1%(12) dos exames coletados teve células representativas da junção escamocolumnar. Outros resultados mostram que 52% (960) das mulheres estão avaliadas de risco para câncer do colo do útero e orientadas e sobre doenças sexualmente transmissíveis. Entre os principais fatores de risco que apresentam essas mulheres estão: uso prolongado de contraceptivos orais, multiparidade, antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis e tabagismo.

Considero que deve ser revisado a organização do programa, pelo protocolo e guias fornecidos pelo Ministério Saúde, além disso, é necessário aumentar os dias para realização do citopatológico, busca ativa de mulheres faltosas, organização e realização de ações de promoção a saúde, melhorando a informação e ampliando a cobertura de mulheres com exames em dia.

O exame de rastreamento para câncer de mama deve ser realizado oportunamente durante o atendimento em consulta, também devem ser realizadas ações de educação o reconhecimento de sinais e sintomas como exame clínico de mamas e/ou solicitação de mamografia. O atendimento é realizado todos os dias da semana em todos os turnos, pelos clínicos, enfermeiro e ginecologista que tem contato com as usuárias. Existem registros das ações desenvolvidas no prontuário das usuárias, não existe arquivo, para registro do resultado. A maioria das mulheres que assistem a unidade para realização da mamografia é proveniente da demanda espontânea.

Em relação às ações de educação em saúde quanto a fatores de risco determinantes deste câncer são realizadas em sua maioria de forma individual poucas de maneira coletiva.

O indicador de cobertura de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área é de 87%(986) mulheres são acompanhadas na UBS para a prevenção de câncer de mama, sendo a estimativa de 1135 mulheres residentes na área. Os indicadores de qualidade refletem que 44%(430) mulheres têm mamografia em dia e 56% (556) mulheres estão com atraso de mais de três meses. Temos 44%(430) mulheres avaliadas de risco para Câncer de mama. Entre os principais fatores de risco temos a alimentação não saudável, obesidade, a paridade após 35 anos, o uso da terapia com estrógeno e hormônios pós-menopausa, mais o uso de pílulas anticoncepcionais de forma contínua, 97% (960) foram orientadas sobre a prevenção do câncer de mama.

O planejamento, gestão e coordenação das ações do controle de câncer de mama são realizadas pela enfermeira, não se realizam reuniões de avaliação e monitoramento das ações realizadas, não existe um controle sistemático do cumprimento da periodicidade dos exames nas mulheres cadastradas no programa e das usuárias com fatores de risco de câncer, assim como falta programação de visitas às mulheres faltosa o que influi nestes resultados.

O acompanhamento do usuário com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é realizado por profissionais como clínico, médica de família, enfermeira, ACS, técnicas de enfermeira, odontólogo, nutricionista, psicólogo e assistente social, são atendidos todos os dias da semana. O maior número de atendimentos é por demanda espontânea, poucos são agendados. É oferecido assistência a usuários com estas doenças que tem problemas agudos de saúde, recebem os primeiros socorros e são então encaminhados para o hospital.

Na UBS se realiza busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos com fatores de risco, como aumento do peso corporal, obesidade, uma alimentação inadequada, a ingestão do álcool e hábito de tabagismo, realizando estratificação do risco cardiovascular.

Os atendimentos são registrados em prontuário eletrônico, ficha nutricional, ficha espelho de vacina e ficha de atendimento odontológico. Não existe arquivo específico para estes registros, também não se realiza o programa HIPERDIA. O

trabalho não está organizado, não são cumpridos os protocolos e não existe um planejamento adequado.

Contamos com um grupo de hipertensos e diabéticos onde se reúnem mensalmente, são realizadas atividades de promoção com relação à doença, como reconhecer sinais de complicações, orientações sobre obesidade, sedentarismo, alimentação adequada, tabagismo e álcool com a participação de médico, nutricionista, enfermeiro e técnico de enfermagem. Também se estimula à prática regular da atividade física através de caminhadas, uso da academia e participação de usuários em atividades de dança. Além destas ações se realiza controle da pressão arterial e peso, medida da circunferência abdominal, assim como se oferecem medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes de modo gratuito.

O indicador de cobertura do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 52%(1287) de hipertensos, sendo a estimativa de 2460. O resultado mostra que temos que trabalhar no diagnóstico precoce de usuários com esta doença. Existem muitos usuários assintomático o que dificulta o diagnóstico da HAS, outros têm riscos para doença e não acessam a UBS porque sempre estão trabalhando fora do município. Também alguns usuários procuram pronto-socorro com pressão arterial elevada, onde se faz o diagnóstico de hipertensão e depois não acessam nossa UBS para serem acompanhados.

Os indicadores de qualidade dos hipertensos são: 63% (810) têm realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e exames complementares periódicos em dia, esse grupo de hipertensos acessa a UBS para avaliação de sua saúde e são acompanhados periodicamente em consulta, 37%(477) tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias. O indicador sobre a orientação prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável é de 100%(810).

Não temos a porcentagem de hipertensos com a realização da avaliação de saúde bucal, porém muitos procuram com frequência a UBS para ser avaliados porque são aposentados, já os trabalhadores, só procuram atendimento por necessidade de atendimentos.

Os **usuários** diabéticos e hipertensos são atendidos cinco dias da semana, nos dois turnos por demanda espontânea, estamos realizando cadastro da população a três meses, mas não temos uma população definida o que não permite trabalhar de modo organizado com agendamento adequado, quando procuram o

serviço aproveitamos, para fazer agendamento e ações descritas em protocolo, porém as ações não estão estruturadas de forma programática.

Em cada consulta é orientado como reconhecer sinais de complicações e cuidados específicos do diabético, também é utilizada a classificação para estratificação o risco cardiovascular são acompanhados os problemas clínicos, mental e orientados em conta a saúde bucal.

O protocolo do Ministério da Saúde está disponível e é utilizado pelos profissionais, mas não adequadamente. Existe um registro dos grupos de hipertensos e diabéticos, também são registrados em prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico, nutricional e espelho de vacinas. Não existe arquivo específico para registros da doença. Contamos com fontes como SIAB.

A UBS tem grupo de diabéticos em que são realizadas atividades de promoção e educação sobre sua doença cuidado dos pés e pele, orientação sobre prática de atividade física, nutrição, saúde bucal, são alertados quanto aos sinais de complicação. Participam nestas ações médico, nutricionista, auxiliar de enfermagem e agente de saúde. Estes também não realizam planejamento e coordenação das ações dispensadas aos adultos com DM, porém não existe uma organização adequada.

O indicador de cobertura do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é de 40%(284) dos diabéticos, sendo a estimativa de 703, 74%(211) diabéticos têm realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 26%(73) tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 74% (211) dos diabéticos têm os exames complementares periódicos em dia, também nos últimos três meses tem realizado exame físico dos pés, assim como palpação dos pulsos tibial posterior e pediosa e medida da sensibilidade dos pés nas consultas. Os indicadores sobre orientação prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável forma foi de 74% (211) dos diabéticos. Não conhecemos os indicadores de saúde bucal, uma vez que não existe registro para controle, dos atendimentos.

Por serem doenças multifatoriais, tanto a Diabetes Mellitus como a Hipertensão Arterial precisam de uma atenção integral, todos os profissionais devem orientar aos **usuários** portadores destas doenças, com a utilização dos fluxogramas descritos no programa para estas doenças.

Devemos trabalhar para programar os registros, arquivos e o programa de HIPERDIA; assim como incrementar a busca ativa dos **usuários** com hipertensão, diabetes e o número ações de promoção e educação pelo grupo. Acreditamos que pode existir um número maior, pois ainda faltam **usuários** para serem cadastrados e outros que não foram identificados durante este processo.

Na UBS tem estimativa de usuários com 60 anos ou mais residentes na área é de 1503. Atualmente temos cadastrados e acompanhados 55%(821) dos idosos. Estamos abaixo do estimado, considero que existe um sub-registro, pois ainda estamos cadastrando a população, e não está organizado e estruturado o atendimento, pelo protocolo.

Quanto aos indicadores de qualidade os usuários desta faixa etária 65%(532) possuem caderneta de Saúde e realização de avaliação multidimensional Rápida, assim como acompanhamento em dia. Dos idosos acompanhados 28%(231) possui HAS e 13%(105) possui DM, 65%(532) idosos têm avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice. Também 65% (532) dos idosos têm recebido orientação nutricional, para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular. Em relação com a avaliação de saúde bucal em dia, se desconhece o número não existe registro deste atendimento.

Contamos atualmente com 821 idosos cadastrados, para um indicador de cobertura estimado de 1503 idosos, representando 53,6% dos idosos estimados. O atendimento de idosos é realizado todos os dias da semana nos dois turnos, sendo por demanda espontânea, se aproveitam a presença do usuário para fazer agendamento, sobre tudo para aqueles idosos com doenças crônicas, como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. É agendada consulta, solicitados exames além de ser realizadas orientações sobre como identificar sinais de complicações, fatores de risco e importância do não abandono do tratamento.

A UBS acompanha aos usuários que necessitam de outras especialidades fora do centro ou internação hospitalar, serviços de pronto-atendimento e pronto-socorro. Temos um levantamento de idosos que necessita receber cuidados domiciliares, estes são visitados pelo enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agentes de saúde; segundo a necessidade, não existe um programa de continuidade destas visitas. Existe também o serviço de assistência social e outros profissionais que fazem atendimento específico aos idosos com problemas de saúde ou situações

familiares específicas, e aos acolhidos em dois lares de idosos e grupo de idosos criados pela assistência social.

Existe o Estatuto do Idoso, o qual rege a unidade, mas não contamos com protocolo o atendimento, não está estruturado o atendimento, o que não permite adequada atenção e avaliação da Capacidade Funcional Global.

O atendimento dos idosos é registrado em prontuário clínico, ficha de atendimento nutricional e ficha-espelho de vacinas muitos têm caderneta do idoso. Existe fonte de dados como SIAB e registro de grupos comunitários como o dos hipertensos e diabéticos, porém não existe arquivo específico e também não se realiza monitoramento das ações.

Quando fazemos uma avaliação do atendimento aos idosos percebemos que não temos uma boa estruturação do planejamento e organização, não existe um registro específico, refletindo de modo direto na qualidade do atendimento, também é necessário melhorar ações educativas semanais com o grupo de idosos (saúde mental, dificuldades afetivas e depressivas, dependência alcoólica e usuários com prestação continuada).

A Unidade Básica de Saúde conta com uma boa estrutura física com acessibilidade, com a maioria dos recursos materiais, esta informatizada, possui meios de transporte e o mais importante recurso humano disposto a oferecer acolhimento, acompanhamento e cuidado aos usuários com qualidade. Temos que trabalhar para que funcione da melhor maneira e assegurar uma atenção com qualidade aos usuários, à família e a comunidade, esse é o primeiro desafio.

Outro desafio muito importante é a formação das equipes de saúde para o bom desenvolvimento da saúde da família. Criar registros adequados através da organização planejamento e monitoramento das ações, para identificar os problemas e poder fazer intervenções adequadas. Trabalhar em busca de alternativas quanto a ausência de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos e conscientizar aos demais profissionais sobre este tema.

Outro problema é a demanda espontânea, a não existência de uma programação de atendimentos para demanda espontânea, programados, nem espaço físico, não está estruturado. Com uma organização adequada facilitaria o processo de trabalho e melhoraria a atenção ao usuário.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Mediante a análise situacional conseguimos identificar as características estruturais e funcionais da UBS, conhecendo as principais dificuldades dos programas, organizativas dos serviços, atendimentos dos usuários prevalecendo à demanda espontânea, o qual nos permitiu ter uma visão geral das atividades desenvolvidas na UBS, onde temos que dirigir nossos esforços com o objetivo de melhorar qualidade dos atendimentos, aumentar a cobertura. Antes da realização do relatório da análise situacional, a visão sobre o atendimento na UBS era superficial, não havia um olhar crítico das ações realizadas, com a análise conseguimos identificar as reais limitações e fragilidades de nosso serviço.

Sabemos que ainda falta muito trabalho por fazer, portanto deve existir um adequado planejamento gestão, coordenação, avaliação das ações de saúde, com objetivo de realizar um correto funcionamento e estruturação da atenção básica de saúde, além disso, também com a finalização da territorialização do município, cadastramento total da população, e formação das equipes de saúde.

Outro fato a mencionar é que com o cumprimento das tarefas, muitos colegas apoiaram para a realização deste trabalho, permitindo aumentar seus conhecimentos e criando uma maior visão da Unidade Básica de Saúde, Atenção primária de Saúde e ações programáticas desenvolvidas na mesma. O que nos permitirá oferecer uma medicina familiar de melhor qualidade.

2 Análise Estratégica

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa. (BRASIL, 2010)

Com a Estratégia Saúde da Família (ESF) a atenção a saúde da população idosa fomenta a qualidade de vida mediante a promoção do envelhecimento saudável, as necessidades e demandas dos idosos requerem do fortalecimento da atenção a estes usuários e avalia certos graus de incapacidades e doenças, inclusive no domicílio. A Atenção Básica tem por objetivo realizar uma avaliação global do idoso com ênfases na funcionalidade, ademais permite identificar doenças, agravos, risco de fragilização problemas da rede sociais, assim como atendimentos pela família. Além de incorporar a estes usuários a sociedade buscando sempre o máximo de autonomia frente as suas necessidades propiciando condições para melhoria da qualidade de vida.

Nossa UBS tem uma estrutura adequada, com ambiente apropriado. Possui consultórios, para ginecologia, nutrição, fisioterapia, clínicos gerais, consultórios odontológicos, salas para recepção espera, triagem, nebulização, farmácia, armazenamento de medicamentos, vacinas, curativo, observação, sala de agente comunitário, reuniões, epidemiologia, assistência social e administrativa. Também contamos com outras salas de procedimentos, depósitos para matéria de limpeza, lixos, resíduos sólidos, sanitários e cozinha.

A equipe é formada por médicos clínicos gerais, pediatra, cirurgia geral, enfermeiras, técnicos de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo,

odontólogo, recepcionista, agentes comunitários de saúde, farmacêuticas entre outros profissionais administrativos. Os atendimentos realizados à população idosa são feitas em consultas tanto na UBS quanto fora da mesma em ambiente agradável, apropriado com condições e material adequado para a realização da consulta tanto médica como odontológica.

Contamos atualmente com 821 idosos cadastrados, para um indicador de cobertura estimado de 1503 idosos, representando 53,6% dos idosos estimados. Podemos dizer que a qualidade da atenção não é adequada, devido à falta de organização e estruturação do serviço. Os idosos de nossa UBS têm a sua disposição grupos de hipertensos e diabéticos, conduzido pela assistente social, em que se reúnem semanalmente onde são desenvolvidas ações educativas de promoção e prevenção da saúde mental, dificuldades afetivas e depressivas, dependência alcoólica e outros como as doenças crônicas e fatores de risco, promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal e atividade física.

No contexto da UBS é muito importante a intervenção dirigida à saúde dos idosos, a fim de estabelecer e estruturar o atendimento em nosso serviço, garantindo uma atenção integral, através de uma avaliação multidimensional e interdisciplinar de melhor qualidade. Entre as limitações temos a falta do ESF, não contamos com um registro específico, ainda faltam idosos para serem cadastrados. Além destas dificuldades temos apoio do profissional com disposição para trabalhar. A intervenção permitirá identificar a população idosa, suas vulnerabilidades, criando um registro específico que permita organizar e planejar as ações, e ainda incorporar os idosos de forma ativa a sociedade, com a participação de sua família e a comunidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção a Saúde do Idoso na UBS Dr. Gerardo Barbosa, Espumoso/RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Objetivos2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos do are.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física 100% idosos.

Meta6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e na Unidade Básica de Saúde Dr. Gerardo Barbosa do Município de Espumoso/RS. Para a intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, considerando as necessidades da população, pertencentes à área de abrangência da unidade. Participando da intervenção um total de 82,5%(677) idosos com 60 anos e/ou mais.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Atenção ao Idoso.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura cadastrando o 80% dos idosos da área abrangência Programa de Atenção do Idoso da área abrangência da UBS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a cobertura de idosos (adultos de 60 anos de idade e mais) da área com acompanhamento na unidade de saúde mensalmente.

Detalhamento das Ações: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade os idosos cadastrados, atualizando os registros pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) 1 vez por mês, mediante o uso de planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Acolher e cadastrar todos os idosos que demandem atenção do serviço por demanda induzida espontânea, ademais de atualizar a informações do SIAB.

Detalhamento das Ações: Definir com a equipe as atribuições de cada membro, primeiramente realizando um registro para o cadastro da população idosos na área de abrangência da unidade, incluindo usuários que buscam consultas por demanda espontânea, além de reorganizar agendas de trabalho incrementando os atendimentos semanais e as visitas domiciliares para realizar busca ativa destes usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Informar e esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico, facilidades de realizá-lo na unidade de saúde e informar sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso.

Detalhamento: Realizaremos através de palestras, conversas na UBS, além de sua divulgação pela rádio, apoiados pelos gestores da unidade e a equipe com periodicidade mensal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: A equipe será capacitada no acolhimento aos idosos e os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e capacitar a equipe para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Será realizada uma capacitação de toda a equipe utilizando o protocolo, caderno da atenção a idosos e temas oferecidos por internet relacionados com o atendimento à saúde do idoso, mensalmente, realizados pela médica, odontologista e enfermeiro da equipe.

Objetivo2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida a 100% dos idosos acompanhados pela unidade.

Detalhamento: Será realizado na UBS a monitoramento da Avaliação Multidimensional Rápida, através do registro específico, pelo enfermeiro com uma prioridade mensal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ações: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança antropometro, tabela de Snellen com balança). Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Leitura do protocolo em reunião com equipe na UBS as sextas feiras na primeira semana de abril, para definir oficialmente as ações e responsabilidade de cada membro, para a Avaliação Multidimensional Rápida, realizado pela médica da equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável e compartilhar com os **usuários** as conduta esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Se realizara encontros com a comunidade organizados por bairros, todas as semanas nas sextas feiras, realizadas por agentes comunitários, enfermeiros, médico de família e odontologista.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, treinar a equipe para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e para encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliação mais complexas.

Detalhamento: Será capacitada a equipe na atenção à saúde dos idosos pelo protocolo, desenvolvida todas as sextas feiras correspondente ao primeiro mês da intervenção realizada, pela médica de família, odontologista e enfermeiro.

Meta 2.2 Realização de exame clinica apropriado a 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosos e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizaremos monitoramento de exame clinico apropriado dos idosos acompanhados na unidade, com uma frequência mensal, pelo enfermeiro.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e

diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Garantir a referência e contra referência de **usuários** com alterações neurológicas ou circulatória em extremidades.

Detalhamento: Serão definidas atribuições de cada membro da equipe na primeira semana da intervenção pela médica de família. A busca dos idosos que não realizaram exames clínicos apropriados será com uma frequência semanal, pelo enfermeiro. Agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos, será organizada semanalmente, pelo enfermeiro e médica de família. Solicitaremos nas referências e contra referência de **usuários** com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, solicitado pela medica de família ademais além do contato com **usuários** através das agentes comunitárias sendo realizado na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Orientar aos **usuários** e a comunidade quanto aos riscos de doença sobre importância de ter os pés, pulso e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Esta orientação será oferecida na UBS em cada consulta de forma individual e coletiva em cada encontro com na comunidade semanalmente, pelo enfermeiro e medica de família.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clinica apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A equipe será capacitada em reunião na UBS, todas as sextas feiras do primeiro mês da intervenção pela medica de família e com apoio da tecnologia da informação.

Meta 2.3 Realizar solicitação de exames complementários periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitoramento o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Será realizado monitoramento periódico com frequência mensal, na UBS, pelo enfermeiro, através do registro específico de idosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização exames complementares preconizados.

Detalhamento: Se realizara solicitação de exames aos idosos todos os dias em todos os turnos na UBS, pela medica de família, criando um sistema de alerta através do prontuário eletrônico e registro específico do idoso, que será revisado semanalmente, pelo enfermeiro. Realizara contato com o laboratório do hospital solicitando agilidade ou prioridade dos exames complementares dos idosos, pelo gestor municipal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Orientar os **usuários** e a comunidade quanto a necessidades de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementários.

Detalhamento: Em cada encontro com a comunidade, a equipe orientara a necessidade de exames complementares e a periodicidade dos mesmos, seja na consulta de forma individual diariamente ou coletiva nos encontros com a comunidade na UBS o nas localidades.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A equipe será capacitada pelo protocolo, em reunião todas as sextas feiras do primeiro mês da intervenção pela medica na UBS.

Meta 2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Se realizará monitoramento com frequência mensal, pelo enfermeiro e técnica em farmácia, na farmácia interna da UBS, através do estoque dos medicamentos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: O controle e validade do medicamento e registro serão feitos com uma frequência mensal, pela técnica de farmácia e enfermeiro, na farmácia interna da UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Orientar os **usuários** e a comunidade quanto direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular /Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Em todos os encontros da equipe com a comunidade com frequência semanal, e em consulta individual na UBS se informará quanto aos direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular, o responsável serão o enfermeiro, técnica em enfermagem, medica e agentes comunitários de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos de a farmácia.

Detalhamento: Os profissionais serão atualizados no tratamento da hipertensão e/ou diabetes em reunião na sexta feira da última semana de cada mês, pela medica na UBS. A equipe será capacitada para orientar os usuários semanalmente no primeiro mês de intervenção, baseando-nos protocolo da atenção aos idosos pela técnica em farmácia e enfermeiro.

Meta2. 5. Cadastrar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar o número dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Será realizado monitoramento periódico com frequência semanal pelo enfermeiro, através do registro específico de idosos na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ações: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Será feito pelo enfermeiro e agentes de saúde na UBS, a atualização dos registros semanalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: A comunidade será informada em encontros semanais com a equipe, pelos agentes comunitários, técnica de enfermagem, médica, tanto na UBS como as localidades de nossas áreas de abrangência.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problema de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: Os ACS serão capacitados, em reunião todas as 6ªs feiras do semanalmente no primeiro mês da intervenção pelo enfermeiro e pela médica, na UBS.

Meta 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Será realizado monitoramento periódico com frequência semanal, pelo enfermeiro e médica através do registro específico de idosos acamados ou com problemas de locomoção, na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ações: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Para melhor organização e gestão do serviço a agenda será feita pela médica com apoio dos agentes comunitários com uma frequência semanal na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Serão informados em todos os encontros da equipe com a comunidade e visita a família, frequência semanal pelos agentes comunitários, técnica de enfermagem, médica na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: Os ACS serão capacitados, em reunião semanalmente no primeiro mês da intervenção, pelo enfermeiro e médica na UBS.

Meta2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar o número idoso submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Será realizado monitoramento periódico com frequência anual pelo enfermeiro e médico através do registro específico de idosos, na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ações: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizada uma reunião entre a equipe e os gestores municipais, na primeira semana da intervenção, para garantir os materiais e insumos necessários para realização da intervenção. Além disso, todos os idosos que procurarem os serviços serão acolhidos pela técnica de enfermagem, enfermeiro e médica, todos os dias em todos os turnos, na UBS. O material para verificação da pressão arterial está disponível na sala de triagem, consultório.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: A comunidade será informada em todos os encontros com a equipe, visitas domiciliares e atendimentos individuais por todos os profissionais atuantes na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: A equipe da Unidade de Saúde Será capacitada semanalmente pelo enfermeiro e médica, na UBS.

Meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnostico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Será realizado monitoramento periódico com frequência anual pelo enfermeiro e pela médica através do registro específico de idosos, na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ações: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde; criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Será realizada uma reunião entre os gestores municipais e a equipe de saúde, na UBS, para garantir o fornecimento de insumos e materiais necessários para realização da intervenção. Acolher a todos os idosos portadores de DM que demandem do serviço todos os dias em todos os turnos, contamos com material para a realização do hemoglicoteste em consulta, na UBS. Todas as fichas serão sinalizadas quando de sua realização.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: A comunidade será informada em todos os encontros com equipe, visitas domiciliares e atendimentos individuais, a frequência e semanal por pelos agentes comunitários, técnica de enfermagem e médica.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: A equipe da Unidade de Saúde será capacitada na segunda semana da intervenção, pelo enfermeiro e médica, na UBS.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Será realizado monitoramento periódico com frequência mensal, pelo médico e odontólogo através do registro específico de idosos, na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ações: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Cadastrar os idosos na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: Acolher a todos os idosos que demandem necessidade de tratamento odontológico o serviço será oferecido todos os dias em todos os turnos, pela técnica de enfermagem e odontologista. Uma vez na UBS serão cadastrados pela recepcionista e se oferecerá prioridade aos casos graves ou agudos. Serão agendados pela recepcionista o que procuram de forma espontânea, os outros serão agendados depois do primeiro exame bucal em consulta para Avaliação Multidimensional Rápida.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: A comunidade será informada em todos os encontros com a equipe, visita domiciliar e conversas na UBS pelos agentes comunitários, técnica de enfermagem, médica e odontólogo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe semanalmente no primeiro mês da intervenção na UBS pelo odontólogo.

Meta 2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: Será realizado um monitoramento e avaliação periódica com frequência mensal, pelo odontólogo e médica na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ações: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área abrangência. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos e oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: Acolher a todos os idosos que demandem necessidade de tratamento odontológico da área abrangência, o serviço será oferecido todos os dias em todos os turnos. Os idosos que requerem de atendimento prioritário serão agendados pela recepcionista, técnica de enfermagem e odontólogo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: A comunidade será informada em todos os encontros com a equipe, visita domiciliar e atendimentos individuais, pelos agentes comunitários, técnica de enfermagem, médica e odontólogo, nas localidades das áreas de abrangência da UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo e realizar cadastramento identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para captação de idosos. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Toda a equipe e os cirurgiões dentistas serão capacitados na terceira semana de intervenção, pelo odontólogo da equipe e pela médica, na UBS

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizado um monitoramento e avaliação periódica com frequência mensal, pela médica mediante a ficha espelho na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: É organizado por bairros, cada agente de saúde buscará os faltosos de sua área, serão agendados em na unidade de saúde, pela recepcionista, acolhidos todos os dias em todos os turnos tentando ditas consultas na mesma semana.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Se realizara encontros com a comunidade todas as semanas, organizados por Barrios, organizados pelos agentes comunitários, enfermeiros e médica, nas localidades de nossa área.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Os ACS serão capacitados, em reunião todas as semanas do primeiro mês da intervenção pelo enfermeiro e médica.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas 4 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde. E monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Será realizado um monitoramento e avaliação periódica com frequência mensal pela médica, na UBS

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Os responsáveis pelo monitoramento e atualização dos registros serão o enfermeiro, odontólogo e a médica. Será organizado um sistema de alerta quanto ao atraso de qualquer atendimento do idoso através do registro do idoso e prontuário eletrônico realizado pelos técnicos em informática. Solicitar a gestores municipais da necessidade de Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa para ser disponibilizado a todos em nas consultas, na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Se realizará encontros com a comunidade todas as semanas, organizados por bairros, com frequência semanal pelos agentes comunitários, enfermeiros e médica onde se informara sobre estas ações.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: A equipe será capacitada, em reunião semanalmente durante o primeiro mês de intervenção, realizado pelo enfermeiro e pela médica com apoio dos técnicos de informática, na UBS.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitoramento e avaliação e monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: Será realizado monitoramento e avaliação periódica com frequência mensal pela médica na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Será organizado o serviço, para que os profissionais do ESF identificassem os idosos de maior risco e estes tenham prioridade, será priorizado o atendimento em todos os dias em todos os turnos, na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: Os idosos serão orientados em consulta na UBS e em encontro com na comunidade todas as semanas pelos agentes comunitários, enfermeiros e médica.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: A equipe será capacitada, em reunião semanalmente durante o primeiro mês de intervenção, serão realizadas pela médica, na UBS.

Meta5: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Será realizado um monitoramento e avaliação periódica com frequência mensal, pela médica, na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ações: Priorizar o atendimento idoso fragilizados na velhice.

Detalhamento: O serviço será organizado, para que a equipe priorize os idosos fragilizados na velhice, oferecer acolhimento todos os dias em todos os turnos, na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: Os idosos serão orientados em consulta e em encontros com a comunidade todas as semanas, realizado pelos agentes comunitários, enfermeiros e médica na UBS e localidades das áreas de abrangência.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilidade na velhice.

Detalhamento: Os profissionais serão capacitados, em reunião semanalmente durante o primeiro mês de intervenção, pela médica, na UBS.

Meta 5.1 Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS e monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Será realizado um monitoramento e avaliação periódica com frequência mensal pela médica com apoio da psicóloga e assistência social, na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ações: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: O serviço será organizado para priorizar e facilitar agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente, oferecer acolhimento todos os dias em todos os turnos e visita domiciliar com uma periodicidade semanal, realizado pelas agentes comunitárias, enfermeiro, médica na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ações: Orienta os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Os idosos serão orientados em consulta na UBS e em encontro com a comunidade, com frequência semanal realizado pelos agentes comunitários, enfermeiros e médico. Estabelecera o vínculo com a assistência social

para incorporar idosos a diferentes atividades organizadas pela entidade, realizadas em assistência social municipal, igreja matriz do município e centros comunitários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ações: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Os profissionais serão capacitados, em reunião semanalmente durante o primeiro mês da intervenção, pela médica.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos e monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Para dar resposta a este objetivo realizaremos um monitoramento semanal de todos os idosos que recebem orientação nutricional, para hábitos alimentares saudáveis, médica de família e odontologista na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: O serviço será organizado para que a equipe ofereça ações de promoção e orientação nutricional com uma periodicidade semanal na UBS e na comunidade o papel será definido na primeira semana da intervenção.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Os idosos serão orientados em consulta de forma individual e em encontro na comunidade, com frequência semanal pelos agentes comunitários, enfermeiros, médica, odontólogo com apoio da nutricionista e psicóloga na UBS e áreas de abrangência.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Também capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ ou diabéticos.

Detalhamento: A equipe se capacitara para oferecer e garantir os temas de promoção, para saúde aos idosos com uma frequência semanal, no primeiro mês da intervenção pela, odontólogo e medica de família, com apoio da nutricionista e psicóloga na UBS.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos e monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Para dar resposta a este objetivo realizaremos um monitoramento semanal de todos os idosos que recebem orientação de atividade física regular e que realizam atividade física.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para hábitos a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: O serviço será organizado para que a equipe ofereça ações de orientação e de promoção da atividade física com uma periodicidade semanal na UBS e na comunidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar aos idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Os idosos serão orientados em consulta de forma individual e em encontro na comunidade, com frequência semanal pelos agentes comunitários, enfermeiros, médica, psicóloga, nutricionista, odontólogo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: A equipe se capacitara para oferecer e garantir os temas de promoção, sobre realização de atividade física regular com uma frequência semanal, no primeiro mês da intervenção pela medica de família, na UBS.

Meta 6.3Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ações: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Para dar resposta a este objetivo realizaremos um monitoramento semanal de todos os idosos que recebem orientação sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias)

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: O serviço será organizado para que a equipe ofereça ações de orientação em nível individual em consultas na UBS e na comunidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Os idosos serão orientados em consulta de forma individual em, visitas domiciliar e em encontra com a comunidade com frequência semanal pelos agentes comunitários, enfermeiros, médica e odontólogo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Os profissionais serão capacitados, em reunião semanalmente durante o primeiro mês da intervenção, sobre higiene bucal e próteses dentárias pela odontologista, na UBS.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 01: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 85%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para

Indicador 2.2: Proporções de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta2. 10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador2. 10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de Saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhiceem 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Inicialmente foi discutida em reunião de equipe a análise situacional e a definição do foco de intervenção, a partir daí foi decidido realizar a intervenção no programa de Atenção à Saúde do Idoso, como referencial será adotado o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde, 2006, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, será disponibilizado em forma de cópia impressa. Para melhor organização utilizaremos as fichas espelho (ANEXO A) que estão disponíveis pelo curso de especialização. Esta ficha prevê a coleta de informações de saúde como consulta clínica, avaliação multidimensional rápida, medicação de usos continua e exames laboratoriais o que complementa todos os dados necessários para o monitoramento da intervenção. Para coletar a informações sobre saúde bucal foi elaborado uma ficha complementar individual (APÊNDICE A) onde serão preenchidos os dados da primeira consulta odontológica programática assim como agendamentos da próxima consulta.

Estimamos alcançar com a intervenção 80% da população idosa. Faremos contato com gestor municipal, para a solicitação do material que necessitamos para o desenvolvimento da intervenção como as fichas espelho dos idosos disponibilizados pela universidade, a confecção do protocolo de Atenção à Saúde da

Pessoa Idosa, material de promoção, para as atividades educativas, a confecção de cadernetas da pessoa idosa, a solicitude de fitas suficientes, para a realização do teste de glicose. Além das necessidades materiais solicitar apoio com o transporte para trasladar a equipe as diferentes localidades dentro da área de abrangência de unidade, assim como para as visitas aos idosos acamados e com problemas de locomoção. Também solicitar a liberação de uma dos odontólogos, para realizar as consultas específica aos idosos e participação com a equipe em todas as atividades da UBS. Por situação com as salas de consulta na UBS solicitaremos avaliar a possibilidade de preparar salas fora da unidade proposta feita anteriormente em reunião dos secretários municipais em Passo Fundo, com objetivo de dar atendimento à população em general e estes também facilitaram os atendimentos aos idosos.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro revisará o livro de registro identificando os idosos que vieram ao serviço, para avaliação multidimensional rápida e quais estão em atraso de um mês. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. O profissional localizará os prontuários dos idosos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre avaliação multidimensional, exame clínico, laboratorial e vacinas em atraso. A realização do monitoramento mensal será feito, pelo enfermeiro revisará as fichas espelho dos idosos identificando aqueles que estão com consulta de avaliação multidimensional, exame odontológico, vacinação ou exames laboratoriais em atraso, para fazer busca ativa dos idosos e assim agendar consulta.

Na própria UBS realizaremos em cada reunião as capacitações dos profissionais da saúde incluindo os Agentes Comunitários de Saúde, com uma frequência de todas as 6tas feiras do primeiro mês, orientando sobre os temas do protocolo de atenção à saúde do idoso.

O acolhimento dos **usuários** idosos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem na própria UBS. Idosos com problemas de saúde agudos serão priorizados não havendo necessidade de alterar a organização da agenda. As consultas serão diariamente em todos os turnos. Depois do atendimento na consulta saíam da UBS com a próxima consulta agendada. Para agendar os idosos provenientes da busca ativa serão reservadas 5 consultas por semana, pelos

ACS. Os idosos com limitações e os acamados, serão agendados pela médica para realização de visita domiciliar. Contataremos com os líderes da comunidade através dos agentes comunitários, quines facilitaram o encontro antes de cada atividade nas localidades.

Para sensibilizar a comunidade contataremos com representantes da comunidade, nas igrejas, assistência social, associação de moradores a rádio do município e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da avaliação multidimensional rápida aos idosos. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar o atendimento deste grupo populacional, quanto aos riscos de doenças e informar sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso. Os responsáveis destas ações serão a médica e o enfermeiro com uma periodicidade mensal acontecerá na própria UBS e comunidade, serão organizadas por Bairros. Os atendimentos clínicos tanto em consultas agendadas como consulta espontâneas, serão desenvolvidos na própria UBS e fora destas em salas de consultas adaptadas para prestar uma atenção com qualidade como, por exemplo, na Assistência social e Bairro Martini. As consultas odontológicas também serão realizadas da mesma maneira que foi relatado na parte de acima. Com ajuda dos Agentes de Saúde Comunitárias realizarão busca ativa a aqueles idosos com atrasos de consultas clínicas ou odontológicas ou faltosos intentando recatar ditas consultas na mesma semana.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nosso ponto de partida foi identificar a população da área de abrangência, pois não havia cadastramento prévio, após identificarmos qual população de idosos da área da UBS, passou a ser desenvolvido nosso período de intervenção, o qual teve duração de 12 semanas a contar da primeira semana do mês Fevereiro /2015. Inicialmente a intervenção foi programada para um período de 16 semanas, porém devido ao período de férias teve de ser adaptadas para 12 semanas presenciais. Contamos com a ajuda das ACS e dos membros da equipe formada pelo enfermeiro, técnica de enfermagem, odontologista, ACS e eu como médica da equipe, tendo em conta que as outras duas médicas do Programa mais médicos que trabalham na UBS apoiariam também a intervenção. Ficou acertado que realizaríamos a intervenção com 821 idosos acompanhados neste momento pela unidade, com uma população aproximada de 11000 habitantes, pois não temos cadastrada toda a área de abrangência a UBS.

Como estavam previstas entre as primeiras ações, realizamos a apresentação de nosso projeto de intervenção aos gestores da Unidade Básica de Saúde, Conselho Municipal de Saúde assim como e os Conselhos locais das Comunidades, a gestora do Centro Municipal de Assistência Social e da Prefeitura Municipal dos quais recebemos apoio durante toda a intervenção. Entre os apoios recebidos está a liberação de um odontólogo para integrar a equipe, a fim de fornecer atenção à saúde bucal para o atendimento dos idosos, pois a UBS conta com 5 especialistas, este nos acompanhou em cada consulta na Unidade Básica de Saúde e nas consultas em outras áreas de abrangência da unidade; além do apoio com material necessário para a confecção do Protocolo de Saúde da Pessoa Idosa,

das fichas espelhos, planilhas de coleta de dados, cadernetas de saúde da pessoa idosa e material educativo, para as palestras e para distribuição aos usuários.

Também foram liberados locais dentro da comunidade onde se organizaram salas para consultas clínicas e odontológicas, com o material necessário, através do apoio dos líderes das comunidades e das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Foi garantido o transporte para a equipe a todas as localidades disponíveis para consultas e para a realização das atividades grupais.

Outros apoiadores de relevância foram os jornais, a rádio e o padre da igreja matriz do município que facilitaram a divulgação da intervenção, com melhora da cobertura dos idosos, sobre tudo os das áreas que não tem a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Assim foram desenvolvidas as parcerias durante os três meses de intervenção.



Fotografia 2- Atendimento e entrevista a equipe.



Fotografia 3-Entrevista para a rádio.



Fotografia 4 Entrevista a equipe para jornal.



Fotografia 5-Entrevista para jornal.



Fotografia6-Entrevista a equipe para jornal. Fotografia7 - Entrevista para o jornal.

Após esse momento inicial e orientado pelo cronograma previamente feito, realizamos a capacitação dos profissionais da equipe e agentes comunitários durante um período de 4 semanas, estas ações foram desenvolvidas na sala de reunião da unidade de saúde os temas foram dirigidos são acolhimento aos idosos e sobre o desenvolvimento da intervenção o Protocolo da Saúde do Idoso. Participaram todos os profissionais da unidade, este momento foi de grande crescimento para a equipe, pois foi a primeira vez que nos reunimos, surgiram muitas dúvidas sobre o tema e também certa insegurança se era possível realizar um projeto dessa magnitude com as dificuldades organizativas da unidade.

Outros temas tratados nas capacitações foram: Política Nacional de Humanização e Estatuto do Idoso. Também realizamos capacitações sobre como realizar a avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, alternativas para o acesso dos medicamentos da farmácia popular assim como preencher os registros em cada procedimento durante o atendimento. Estas capacitações foram realizadas pelo enfermeiro e médica da equipe, se utilizou das tardes de cada sexta, resultado muito interessante, pois em ocasiões participaram outros profissionais que não estavam na equipe e que posteriormente apoiaram em determinadas ações da intervenção.

Outro tema realizado foi atualização no tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, pela médica do Programa Mais Médica. Capacitação muito bem conduzida e interessante, pois incluiu treinamento prático das habilidades para medir a pressão arterial e realizar o teste de glicose assim como o exame dos pés no diabético.

Realizou-se um trabalho com as Agentes de Comunitárias de Saúde as quais estavam desmotivadas com seu a trabalho, dispostas a abandonar, assim

buscamos incentiva-las salientando o programa de saúde a família e a importância delas para as famílias e comunidade. A conversa foi muito boa, se mostraram motivadas e ofereceram apoio total, para a intervenção. Depois foram capacitadas, sobre a cobertura e busca de idosos, ficaram bastante receosas com as áreas que não possuíam agentes de saúde e não era conhecido o número de idosos existentes, a quantidade de acamados que pertence a área da UBS e não estão realizando acompanhamento. Também foram capacitadas em como cadastrar os idosos e preencher adequadamente a caderneta de saúde, porém foi necessário em semanas posteriores realizar novamente devido problemas no preenchimento.



Fotografia 8-Primeiro encontro com as ACS Fotografia 9-Reunião com as ACS

As capacitações sobre temas do protocolo como a promoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física foram realizadas por apoiadores, como a nutricionista da unidade, facilitando o entendimento do tema, e do material educativo, sendo de grande impacto no ganho de conhecimento da equipe de saúde.

A capacitação sobre cadastramento dos idosos, no âmbito da saúde bucal foi feita pelo odontologista, o qual explicou como deve ser feito, além de ensinar como fazer um exame bucal e identificar lesões pré-malignas. Semanalmente durante os atendimentos os usuários foram orientados sobre afecções menos usuais e o acompanhamento que seria feito.

Entre as ações previstas estava a ampliação da cobertura, foram acolhidos e cadastrados 677 idosos durante o período da intervenção ainda não captou a toda a população idosa, pois temos áreas que não tem Agentes de Comunitárias de Saúde (ACS). O que facilitou este número de idosos cadastrados foram os registros feitos pelas Agentes de Comunitárias de Saúde (ACS), as quais visitaram cada família em busca dos idosos e informaram a toda a comunidade de suas áreas sobre a existência do programa de atenção ao idosos na Unidade Básica de Saúde e a facilidade de para serem atendidos em consultas estabelecidas nas localidades

mais próximas a suas casas. Também se realizaram grupos de idosos onde houve participação da comunidade e foi informado sobre os atendimentos, assim como na sala de espera da UBS e também em cartazes espalhados na comunidade.

Outra facilidade foi o apoio dos jornais e da rádio do município as quais acompanharam a intervenção durante todo o período e sempre mostraram interesse pelo trabalho da equipe, assim como os grupos de idosos e as palestras feitas dentro da comunidade. A equipe foi entrevistada em várias ocasiões explicamos sobre as estratégias de saúde familiar e especificamente sobre nossa intervenção na Atenção a Saúde da Pessoa Idosa. O que facilitou a divulgação permitindo uma melhor cobertura.

Em cada consulta individual realizamos a avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, solicitação de exames laboratoriais, rastreamento para HAS e Diabetes Mellitus, avaliação da fragilidade na velhice e rede social, esperando cumprir com esta meta integralmente.

Uma das maiores dificuldades para a realização das consultas foi a falta de consultórios dentro da unidade, pois existe um grande número de profissionais que atuam diariamente na unidade, utilizei como estratégia atender em diferentes localidades da comunidade e assistência social, para isso foram criadas pequenas salas, consultórios clínicos e odontológicos com as condições mínimas para dar atendimento a toda a população incluindo os idosos. Esta ação facilitou um maior número de idosos tanto em consultas como nos grupos comunitários.



Fotografia 10-Atendimento na comunidade Fotografia11-Consulta na Assistência Social

Outra dificuldade encontrada no início é que houve alguns pacientes que não foram solicitados exames, outros que a avaliação de estratificação do risco de morbimortalidade ficou pendente, por não ter realizados os exames laboratoriais. Na

UBS presenciamos situações em que os oficiais administrativos julgavam que os médicos do programa mais médicos que estavam desenvolvendo as intervenções indicaram muitos exames, para dar resposta esta ação utilizei como estratégia aqueles usuários portadores de hipertensão ou diabetes que tinham atraso por um período de mais de três meses foram realizados. Também muitos idosos avaliados pela intervenção de Melhoria da Atenção à Saúde do Hipertenso e/ou do Diabético tinham indicação de realização de exames complementares isso possibilitou que no terceiro mês conseguimos cumprir integralmente a avaliação de risco de morbimortalidade.

Outra das ações monitorada foi registro de medicamentos de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade saúde, estes estão organizados por localidades o que permite e facilita a entrega mensal. Além disso, os idosos solicitam o medicamento diretamente na farmácia da UBS.

A grande maioria dos idosos tem acesso tanto aos medicamentos básicos da farmácia interna da unidade, como na Farmácia Popular (Hiperdia), poucos não usam medicamentos básicos, pois não padecem de doenças crônicas. Um número pequeno está em acompanhamento em consultórios privados e adquire suas medicações em outras farmácias. Os idosos são orientados quanto as alternativas de acesso aos medicamentos.

Quanto às avaliações odontológicas também foram encontradas dificuldades, principalmente quanto aos agendamentos das consultas nas primeiras semanas, uma vez que o dentista da equipe saiu de férias, o que não foi previsto anteriormente, com sua incorporação novamente voltamos a aumentar o número de consultas agendadas. Também temos idosos que são atendidos em consultas particulares ou outros se negam por usar próteses. Infelizmente os idosos acamados não foram avaliados, pois coincidiu com os dias de consulta do dentista.

Os idosos foram acolhidos e acompanhados pelo odontologista, também realizou ações de saúde nas comunidades, como consultas, palestras orientando sobre a saúde bucal, e doenças periodontológicas mais comuns na terceira idade, o que facilitou um maior número de atendimento segundo o previsto.

Outra ação desenvolvida foram as visitas domiciliares e a busca ativa de idosos faltosos com ajuda das agentes comunitárias. Nestas visitas foram realizadas orientações sobre os atendimentos e facilidades de atenção ao idoso na unidade básica, assim como verificações de seus sinais vitais.

Também foram avaliados problemas de saúde de idosos, situações de famílias com idosos acamados que pressintam sobrecarga e estresse e o idoso com insuficiência renal sem acompanhamento por nefrologia, idosos com câncer onde a família nega acompanhamento pelo oncologista. A equipe acompanha a cada um com apoio do gestor da unidade de saúde. Com encaminhamentos, indicação de exames, apoio psicológico e orientações a famílias e cuidadores.

A busca ativa de idosos faltosos e acamados foi realizada, apesar das dificuldades. Alguns deles com HAS descompensada, com sinais de Insuficiência Renal, Anemia, Alzheimer ou sem exames complementares em dia, estes foram agendados e visitados em várias ocasiões. Alguns apresentavam problemas de locomoção, comparecendo às vezes às consultas sozinhas ou acompanhadas pela família ou cuidador. A realização das visitas foi dificultada devido a problemas com o transporte, para conseguir concretizá-las recebemos o apoio dos familiares e outros, os quais muitas vezes realizavam nosso transporte, outras vezes íamos caminhando, tornando-se lentas visitas e diminuindo a quantidade destas



Fotografia 12- Visita domiciliar



Fotografia 13- Visita domiciliar

Realizou-se educação em saúde para a comunidade sobre atenção ao idoso, com a participação do odontologista como palestrante. Foram criados seis grupos de idosos e se realizaram doze palestras com temas dirigidos aos idosos, a família e a comunidade, benéficos do SUS, prevenção de câncer de colo de útero e mama, dengue, nutrição, demência e Alzheimer, cuidados da saúde bucal e cuidados da prótese. Também se realizou conversa sem consultas individuais sobre sua patologia em e hábitos de vida saudável. Estas atividades educativas foram feitas na UBS, em localidades da comunidade, assistência social municipal e na Igreja matriz do município, visando a participação de um número importante de idosos e comunidade em geral.

Foi um número importante de palestras e conversas dirigidas aos usuários idosos, em cada encontro manifestaram interesse por temas, conheceram sobre suas doenças, sobre cuidados pessoais da saúde e foram motivados a fazer perguntas e tirar dúvidas. Todos com grande satisfação do atendimento pela equipe. A observação e impressão da equipe é que muitos dos idosos aprenderam hábitos saudáveis sobre tudo em relação a saúde bucal, a afinidade que apresentaram com odontologista da equipe foi maravilhosa, também tiveram troca de hábitos alimentares e foram incentivados a prática de exercício físico, participando de um grupo na assistência social onde tem uma academia.



Fotografia 14- Palestra a usuários na UBS. Fotografia 15- Palestra na assistência social.



Fotografia 16- Palestra com a assistente social. Fotografia 17- Palestra com o dentista.



Fotografia18-Palestra em assistência social. Fotografia19-Palestra na igreja municipal.

Muito interessante a aceitação e relação que se estabeleceu com a equipe identificando por todos os idosos, família e a comunidade, cada encontro foi motivo de alegria para todos. A equipe aproveitou o trabalho em conjunto e pode visualizar a troca de conhecimento nos atendimentos, melhorando a comunicação com os usuários idosos a família e a comunidade.

Durante o período da intervenção foram realizadas reuniões de equipe avaliando as ações desenvolvidas segundo o planejado no cronograma, as atividades pendentes e as dificuldades apresentadas e a possível solução dos problemas existentes, assim como a preparação das ações da semana seguinte.

Na primeira reuniu a equipe de trabalho da UBS se apresentaram as três intervenções, que se desenvolveria na UBS, se explicou em detalhes cada uma delas e a necessidade de apoio, pois não contamos com ESF. Durante estas 12 semanas foram várias as dificuldades avaliadas em cada reunião entre elas não ter uma sala de consulta fixa, outras relacionadas com a consulta de odontologia, pois não podiam agendar os pacientes devidos dificuldades com a internet o que limitou trabalhar com os prontuários, não foi visitado os idosos acamados. Também tivemos dificuldades com as cadernetas dos idosos as quais foram solicitadas e ainda estamos esperando.

A equipe em todas as reuniões se manifestou positivamente com toda a intenção de trabalhar e solucionar as dificuldades da intervenção assim como dos usuários idosos, aprendemos em cada reunião, mostraram cada uma das experiências o que enriqueceu a equipe como profissionais e como seres humanos.



Fotografia-20 Reunião com equipe.



Fotografia-21 Reunião com profissionais da UBS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Na coleta de dados no indicador de busca ativa a idosos faltosos, no primeiro e segundo mês o endereço não foi preenchido adequadamente na ficha espelho, impossibilitando o contato com os mesmos nestes meses, sendo esta situação resolvida através dos registros nos prontuários eletrônicos, conseguindo então contatar os **usuários** para a realização da avaliação na unidade.

Outra dificuldade foi na ficha espelho relacionada com os exames complementares, alguns não foram preenchidos corretamente, posteriormente e dentro do período da intervenção conseguimos ter acesso a estes exames através dos grupos, visitas domiciliares e a busca ativa.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A equipe trabalhou unida e muito motivada buscando dar o melhor atendimento de qualidade aos idosos. Como objetivo de aumentar a cobertura, melhorar a qualidade do atendimento, aumentar a adesão e promover a saúde da pessoa idosa até o momento está sendo dada continuidade ao trabalho no dia a dia da unidade de saúde.

Entre os aspectos que serão adequados a fim de aprimorar o atendimento é incluir o odontologista para o atendimento específico dos idosos, além de proporcionar os atendimentos nas salas de consultas fora da UBS, para facilitar a atenção à comunidade e idosos com menos recursos.

Considero que as ações previstas no projeto foram incorporadas a rotina de serviço sem grandes dificuldades, o maior problema foi a estrutura física e

organização na UBS, apesar disso, conseguimos ao final desta intervenção aumentara cobertura proposta, foi necessário muito esforço e dedicação melhorando a qualidade de atenção e elevando sempre a satisfação dos idosos.

Este período durante o projeto, a UBS recebeu mudanças na atenção à pessoa idosa, com as ações desenvolvidas na intervenção, pretendemos continuar melhorando a atenção a este grupo populacional e incorporando as atividades à rotina do serviço. No município a comunidade reconhece o trabalho e se identifica com a equipe de atenção aos idosos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A equipe trabalhou unida e muito motivada buscando dar o melhor atendimento de qualidade aos idosos. Como objetivo de aumentar a cobertura, melhorar a qualidade do atendimento, aumentar a adesão e promover a saúde da pessoa idosa até o momento está sendo dada continuidade ao trabalho no dia a dia da unidade de saúde.

Entre os aspectos que serão adequados a fim de aprimorar o atendimento é incluir o odontologista para o atendimento específico dos idosos, além de proporcionar os atendimentos nas salas de consultas fora da UBS, para facilitar a atenção à comunidade e idosos com menos recursos.

Considero que as ações previstas no projeto foram incorporadas a rotina de serviço sem grandes dificuldades, o maior problema foi à estrutura física e organização na UBS, apesar disso, conseguimos ao final desta intervenção aumentara cobertura proposta, foi necessário muito esforço e dedicação melhorando a qualidade de atenção e elevando sempre a satisfação dos idosos.

Este período durante o projeto, a UBS recebeu mudanças na atenção à pessoa idosa, com as ações desenvolvidas na intervenção, pretendemos continuar melhorando a atenção a este grupo populacional e incorporando as atividades à rotina do serviço. No município a comunidade reconhece o trabalho e se identifica com a equipe de atenção aos idosos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

O Objetivo principal da Intervenção foi melhorar a atenção ao Idoso na UBS Dr. Gerardo Barbosa, no município Espumoso, foi realizada no período de fevereiro a junho de 2015, sendo interrompido por um mês devido as férias do coordenador do projeto, e constituindo assim em 12 semanas de intervenção.

Antes de decidirmos sobre o tema realizamos uma análise situacional e estratégica onde levantamos as peculiaridades da Unidade Básica de Saúde em todos os aspectos, com relação à estrutura física, processo de trabalho, acolhimento da população, situação das ações programáticas. Após essa análise foi decidido em equipe que realizaríamos uma intervenção para a qualificação da atenção ao idoso.

A população vinculada à equipe é de 11000 habitantes e aproximadamente 821 idosos, pertencentes às áreas cadastradas com agentes de saúde comunitários.

Foram estabelecidos metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas. A seguir apresentamos os resultados alcançados para as metas propostas:

Objetivo 01: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

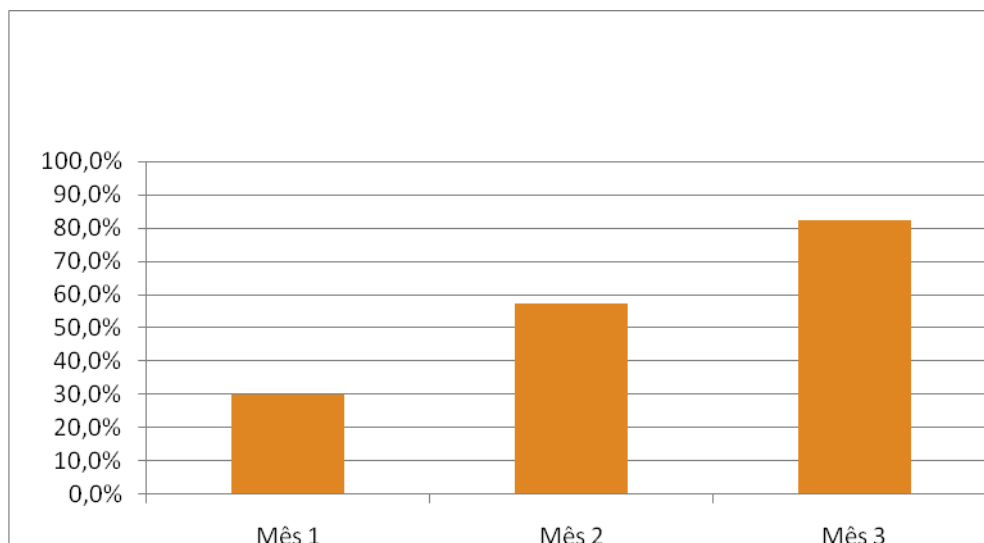


Gráfico 1- Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde nos meses de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS

A UBS conta com uma população de idosa de aproximadamente 821 usuários. No primeiro mês de intervenção tivemos uma cobertura de 29,8%(245) idosos, no segundo mês, 57,4% (471), no terceiro mês finalizamos a intervenção com o cadastro e acompanhamento de 677 usuários idosos com uma cobertura de 82% na área adstrita a UBS.

A equipe superou a meta proposta de cobertura de 80%, alcançando uma cobertura de 82%, porém alguns idosos ficaram sem atendimento, pois pertencem a áreas que não tem de ACS, dificultando as visitas domiciliares, a busca dos usuários e a participação na intervenção.

Entre as ações que facilitaram alcançar os 82% de cobertura está o acolhimento de todos os idosos que procuraram a unidade, os registros feitos pelas Agentes de Comunitárias de Saúde, que permitiram cadastrar a todos os idosos da área de cobertura da UBS, também as visitas a cada família em busca dos idosos e o esclarecimento a comunidade, sobre a existência do programa de atenção ao idosos na Unidade Básica de Saúde e a facilidade de poder ser atendidos em consultas estabelecidas em localidades mais próxima de sua casa. A informação foi divulgada através de cartazes em diferentes lugares, do jornal e da rádio do município as quais acompanharam a intervenção durante todo o período.

Desde as primeiras semanas da intervenção a população manifestou interesse na participação aumentando o número de atendimentos durante os meses seguintes. Ainda temos muitos idosos, idosos faltosos e acamados sem cobertura,

por isso a importância de seguir trabalhando com a busca ativa dando continuidade e mantendo estas ações na rotina do serviço.

Objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Com relação à proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia, no primeiro mês foram avaliados 245, aumentando-se o número no segundo mês para 471 alcançando ao longo da intervenção 677 idosos respectivamente, realizando a avaliação em 100% dos idosos cadastrados durante todos os meses de intervenção.

Para alcançar esta meta nas primeiras semanas à equipe foi capacitada, cada profissional conhecia suas atribuições, qual era sua função dentro da intervenção, para a realização desta avaliação, o que facilitou os atendimentos de modo organizado. Foram propiciadas salas como consultórios médicos, com recursos necessários para realizar avaliação nutricional, medir pressão arterial, realizar teste de glicose. Assim como na própria UBS todos os idosos foram acolhidos pela equipe e avaliados alguns agendados e outros que procuravam por demanda espontânea. As avaliações realizadas aos idosos foram feitas com muito cuidado, identificando riscos e os problemas de saúde funcional. Os problemas identificados foram tratados e estão sendo acompanhado pela equipe.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabético.

Indicador 2.2: Proporções de idosos com exame clínico apropriado em dia.

No primeiro mês foram realizados 245 exames clínicos apropriados, no segundo mês 471 e no terceiro mês 677, alcançando 100% da meta nos três meses de intervenção.

Depois de realizada a avaliação multidimensional rápida já com uma ideia do estado de saúde dos idosos realizou o exame físico incluindo medidas de pulsos, pressão arterial, estado nutricional, foram priorizados os usuários hipertensos e

diabéticos, pela necessidade e estratificação do risco e identificação de lesão de órgão alvo.

Para realizar esta avaliação foi importante o auxílio do enfermeiro e técnica em enfermagem os quais realizaram parte desta triagem, facilitando os atendimentos. Também as ACS buscaram aqueles idosos com necessidade de ser avaliados, examinando a necessidade de referência para determinadas especialidades. Orientados pelo protocolo de atendimento a pessoa idosa foi avaliada e foram identificados sinais de afecções ou fatores de risco para o desenvolvimento de alguma doença ou complicação.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

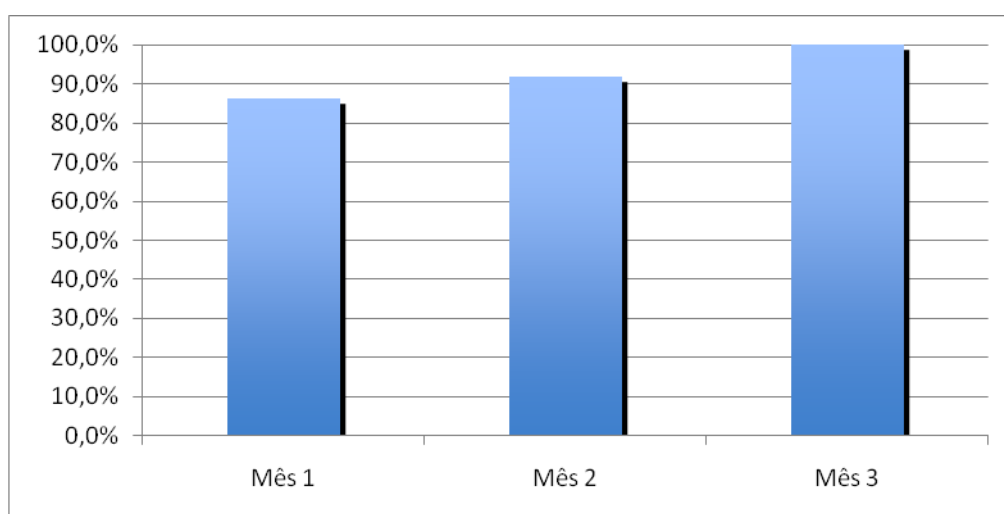


Gráfico 2-Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na unidade de saúde nos meses de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.

Foram solicitados 86,3%(189) exames complementares a idosos hipertensos e/ou diabéticos no primeiro mês de intervenção, no segundo mês 92,0%(333) e no terceiro mês finalizamos com 100%(521) de idosos.

No início da intervenção houve alguns **usuários** que não foram solicitados exames, devido resistência dos outros profissionais ao grande número de exames, mas no decorrer da intervenção começaram a solicitação de todos os exames com atrasado. Muitos idosos foram avaliados pela intervenção de Melhoria da Atenção à

Saúde do Hipertenso e/ou do Diabético, e já tinham indicação da realização dos exames complementares e isso facilitou que no terceiro mês cumpríssemos a meta integralmente. Para identificar os idosos com exames pendentes criamos como modo de alerta, marcar as fichas espelho um adesivo amarelo, no extremo superior e organizar por localidades, para facilitar a busca dos idosos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

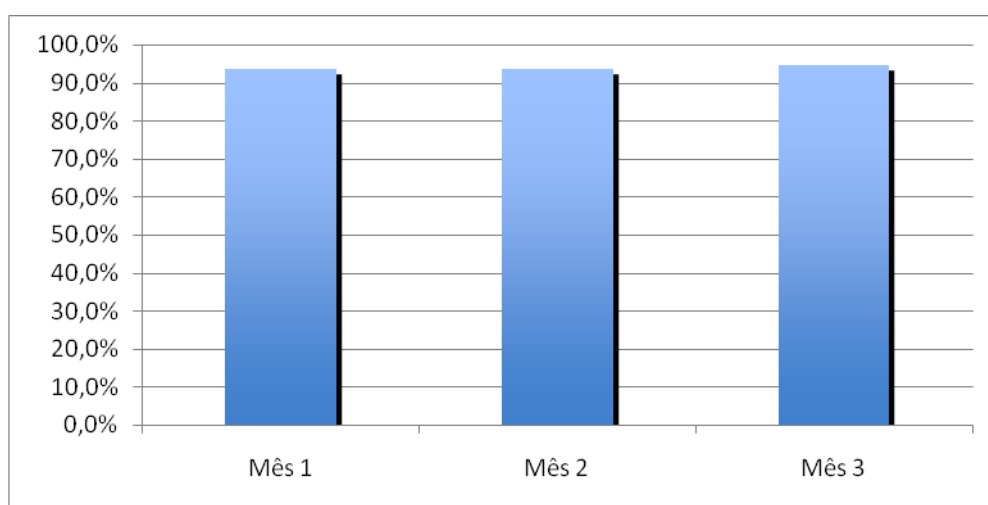


Gráfico3-Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade de saúde nos meses de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.

Analisando a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular no primeiro mês de intervenção 93,5%(229) estavam utilizando medicação da farmácia popular, no segundo mês 93,6%(441) e no terceiro mês, se realizou a prescrição a 641 idosos resultando 94,7% ao final da intervenção.

Esta meta foi cumprida parcialmente, existem idosos que não usam medicamentos básicos, e outros realizam acompanhamento em consultas privadas, e adquirem seus medicamentos em outras farmácias do município. A grande maioria dos idosos tem acesso tanto aos medicamentos básicos da farmácia interna da unidade, como na Farmácia Popular (Hiperdia), poucos não usam medicamentos básicos, pois não padecem de doenças crônicas.

Entre as ações desenvolvidas foi à criação de registros com as necessidades dos medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos, por

localidades das áreas abrangentes da unidade, facilitando a entrega. Todos os usuários foram orientados de forma individual e coletiva, sobre a alternativa de obter os medicamentos na Farmácia Popular.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Analisando esta meta o primeiro mês foram cadastrados 10 idosos, no segundo mês 25 e no terceiro mês 35 todos residentes na área da abrangência, resultando em 100% de cobertura nos três meses de intervenção.

O trabalho de acompanhamento de idosos acamados ou com problemas de locomoção foi facilitado pelas Agentes de Saúde Comunitárias (ACS), as quais realizaram visitas as famílias de suas localidades, realizando um registro com o objetivo de cadastrar os idosos. Também foi divulgado em encontros da comunidade, nas rádios e jornais, o que facilitou a família buscar a equipe na UBS, solicitando a necessidade da visita no domicílio e facilitando o cadastro de outros idosos.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

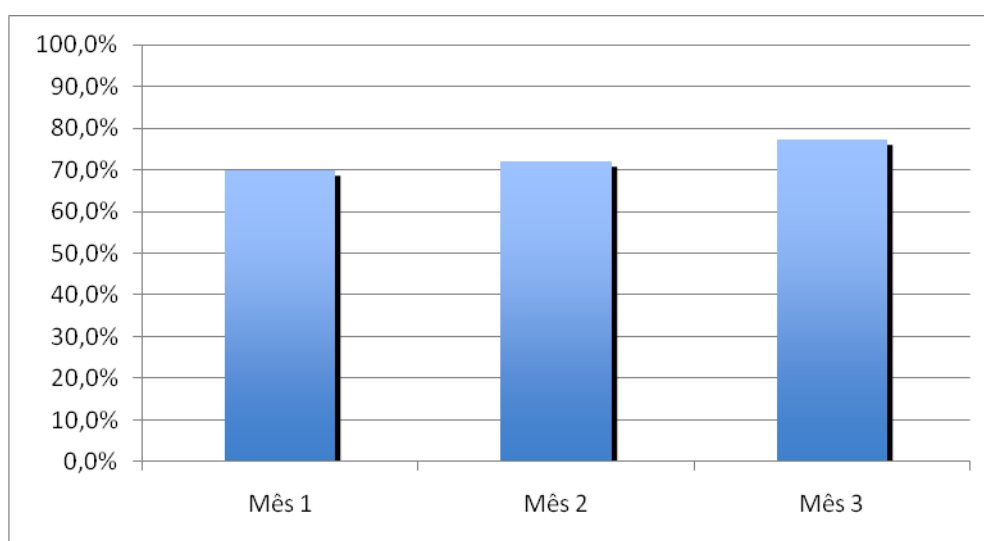


Gráfico 4- Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na unidade de saúde nos meses de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.

Prosseguindo a análise no primeiro mês foram realizadas visitas a 70% (07) dos idosos acamados ou com problema de locomoção, no segundo mês foram visitados 72,0%(18) e no terceiro mês foram visitados 77,1%(27) dos idosos acamados ou com problema de locomoção.

A meta não foi cumprida devido a deficiência de transporte para chegar a todos os cadastrados. Algumas das visitas se realizaram com apoio dos familiares, os quais vezes realizavam nosso transporte e outras caminhando, tornando as visitas lentas e diminuindo a quantidade destas. Além disso alguns foram visitados em varias ocasiões por complicações de doenças ou cumprimento de tratamentos ou curativos.

A maioria das visitas foi agendada pela comunidade, junto as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) as quais se conhecem e dominam a população e o registro dos idosos acamados, facilitando realizar as visitas de modo organizado, sempre priorizando os idosos com maior necessidade.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Analisando o rastreamento dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica. Foram cadastrados no primeiro mês 245, no segundo mês 471 e terceiro mês 677 idosos, representando 100% dos idosos rastreados em todos os meses.

Para a equipe foi garantido o material para a toma de pressão arterial sendo realizada em cada avaliação. Os idosos foram acolhidos na unidade pela técnica de enfermagem e enfermeiro que realizaram a triagem incluindo a medida da pressão arterial, preenchendo os valores no prontuário e posteriormente na ficha espelho e caderneta. Os idosos hipertensos foram prioridade pela equipe, sobre tudo os descompensados. Também durante os grupos se realizou rastreamento da pressão arterial a todos os idosos, sendo tema de conversa com os idosos de forma individual e coletiva, pelos riscos de complicações desta doença crônica.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

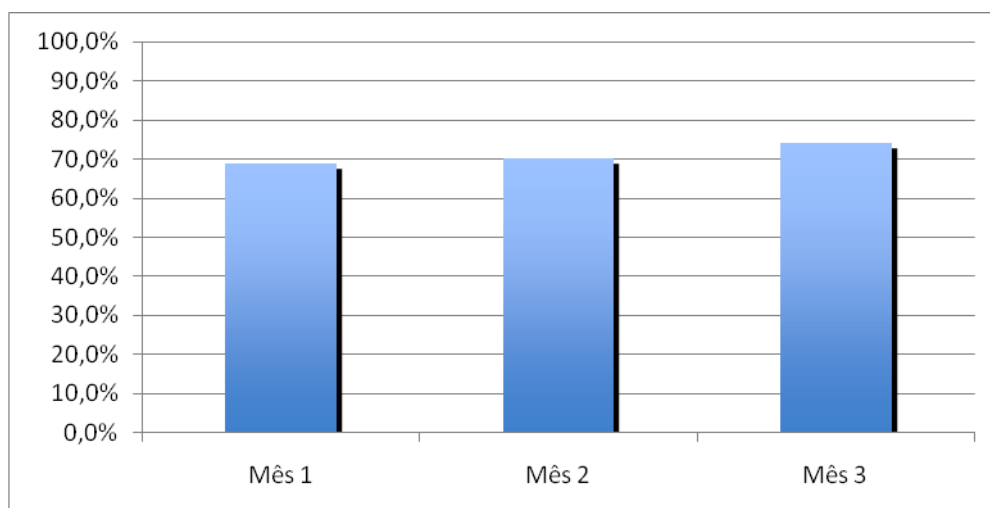


Gráfico 5-Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na unidade de saúde nos meses de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS

No primeiro mês 69%(129) foram rastreados para diabetes, no segundo mês 70,3%(232) e no terceiro mês 74,2%(360).

Durante o período de intervenção realizou-se rastreamento a todos os idosos com diagnóstico de Hipertensão Arterial ou com pressão sustentada maior que 135/80 mmhg na consulta de avaliação. Também nos encontros com os grupos de idosos hipertensos e diabéticos se realizou o teste de glicose, não foi realizado a todos os idosos, o que resultou no não cumprimento integral da meta. Além disso foram avaliados pelos exames de laboratório que permitiu avaliar os níveis de glicose.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

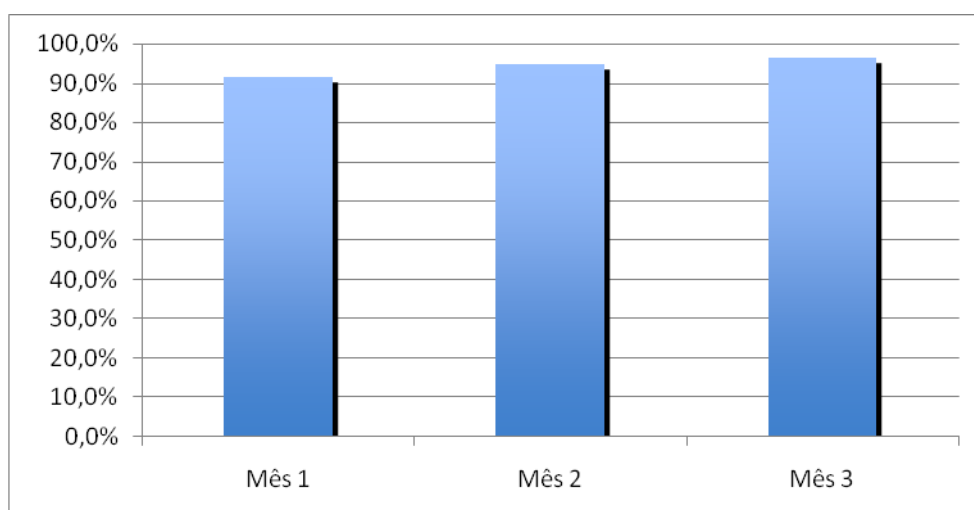


Gráfico 6-Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde nos meses de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.

No primeiro mês receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico 91,4%(224) dos idosos, no segundo mês 91,4%(446) foram avaliados, no terceiro mês 94,7%(652) tiveram avaliação da necessidade do atendimento odontológico.

Uma das ações para facilitar o atendimento foi incorporação de um odontologista na equipe, trabalhando diretamente na intervenção, com objetivo facilitar e garantir aos usuários o atendimento. Os idosos que foram agendados para a avaliação clínica, seriam avaliados também por odontologista identificando a necessidade de tratamento. O que facilito agendamentos mais organizados e com prioridade segundo as doenças odontológicas.Outra ação foi a capacitação da equipe pelo odontologista ensinando o exame bucal para identificar necessidades de atendimento, além disso durante toda a intervenção em cada consulta a população foi orientada sobre determinados temas relacionados com os cuidados da saúde bucal e identificação de lesões pré-malignas.

A meta não foi alcançada integralmente, este fato pode estar associado as dificuldades com os agendamentos das consultas no início da intervenção. O dentista da equipe saiu de férias, o que não foi previsto anteriormente, com sua incorporação novamente voltamos a aumentar o número de consultas agendadas. Também temos idosos que são atendidos em consultas particulares ou outros se negam por usar próteses. Infelizmente os idosos acamados não foram avaliados, pois coincidiu com os dias de consulta do dentista.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

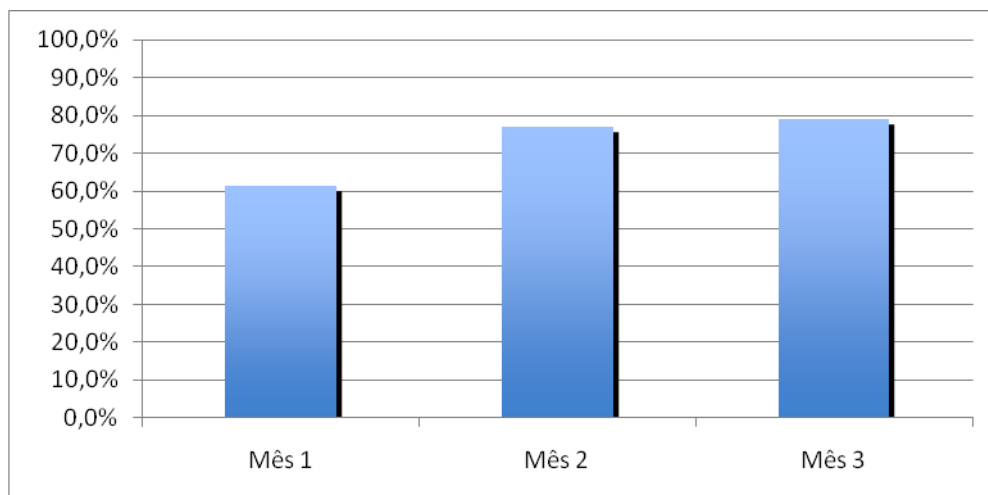


Gráfico7-Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde nos meses de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.

Dos idosos cadastrados 61,2%(150) realizaram a primeira consulta odontológica durante o primeiro mês de intervenção, no segundo mês 77,1%(363) e no terceiro mês 78,9 %(534) realizaram a primeira consulta odontológica.

A primeira consulta odontológica aos idosos não foi cumprida integralmente como explicamos anteriormente, pois a equipe apresentou dificuldade com os agendamentos, nas primeiras semanas, pois o dentista saiu de férias, situação que não foi prevista anteriormente, melhorando o número de atendimentos com sua incorporação. Durante este período os outros dentistas da UBS nos auxiliaram. Influenciou também idosos que são atendidos em consultas particulares ou outros se negam por só usar próteses, e ainda os idosos acamados não foram avaliados, pois coincidiu com a consulta do odontologista na unidade.

Realiza-se agenda de saúde bucal pelas áreas junto com os atendimentos clínicos. O que permite uma avaliação integral do idoso. Foram acolhidos e acompanhados pelo odontologista, priorizados segundo as necessidades. Também realizou ações de saúde nas comunidades, como, palestras orientando sobre a saúde bucal, e doenças Peri - odontológicas mais comuns na terceira idade, o que facilitou um maior número de atendimento segundo o previsto.

Objetivo3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

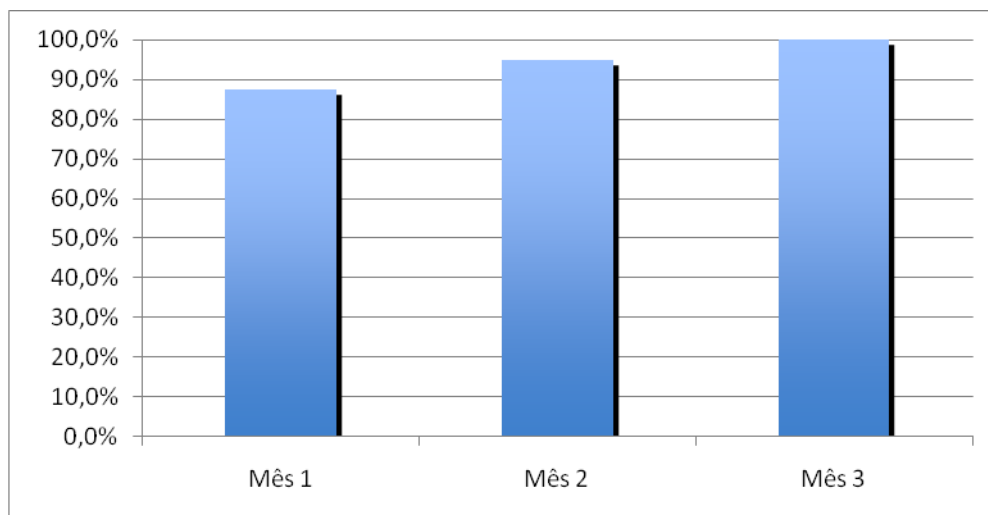


Gráfico 8- Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na unidade de saúde nos meses de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.

Com relação à melhoria da adesão dos idosos ao programa no primeiro mês 87,5%(21) dos idosos faltosos receberam busca ativa, no segundo mês 94,9%(94) foram buscados, e no terceiro mês 100%(188) dos faltosos receberam busca ativa.

Quanto ao comportamento da meta e indicador de busca ativa a idosos faltosos, no primeiro e segundo mês tivemos alguns usuários que não compareceram às consultas médicas e odontológicas agendadas, outros que o endereço não foi preenchido adequadamente nas fichas espelho, impossibilitando o contato com alguns idosos nestes meses, sendo esta situação resolvida no terceiro mês, através dos registros nos prontuários eletrônicos e assim conseguindo contatar aos mesmos para a realização da avaliação na unidade, com ajuda das agentes comunitárias que realizaram visitas domiciliares e busca ativa além de orientar em cada visita sobre os atendimentos e facilidades de atenção ao idoso na unidade básica.

Objetivo4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Para descrição dos resultados, deste indicador podemos dizer que no primeiro mês 245 idosos cadastrados estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês 471, e no terceiro mês 677 representando 100%

idosos com registro adequado na ficha de acompanhamento nos três meses de intervenção.

Para manter o registro específico dos 100,0% dos idosos foi identificado como responsável destes o enfermeiro da equipe que criou junto com as agentes comunitárias um registro específico de idosos, organizado por localidades pertencentes às áreas de abrangência da unidade de saúde, o que permitiu melhor controle e busca dos idosos.

As fichas-espelho foram organizadas por localidade correspondendo a cada registro. Depois da avaliação dos idosos, as fichas espelho foram colocadas no arquivo de sua localidade e marcadas no extremo superior com a semana de atendimento e número correspondente com a planilha de coleta de dados.

Os idosos faltosos foram identificados com um adesivo vermelho, os pendentes de exame complementares outros procedimentos com adesivo amarelo. Desta forma foi facilitada a busca da ficha-espelho para as consultas, e a melhor organização.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

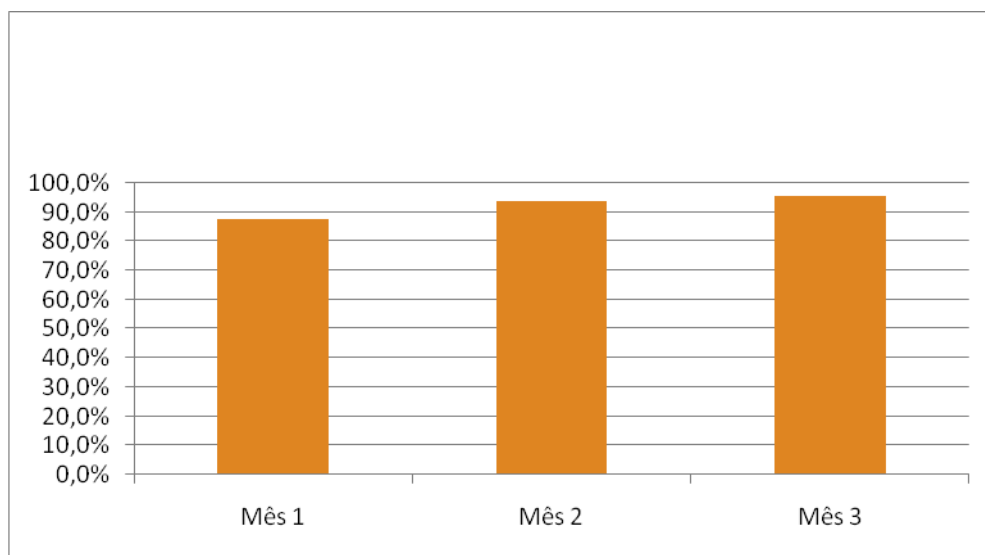


Gráfico 9-Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na unidade de saúde nos meses de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.

No primeiro mês 87,8%(215) receberam caderneta de idosos, no segundo mês 93,6%(441) foram disponibilizadas e no terceiro mês 95,4%(646) receberam cadernetas.

Durante os três meses da intervenção apresentamos dificuldades com as cadernetas dos idosos, por isso não foi distribuída a todos os idosos, para cumprir esta ação, se solicitou aos gestores de saúde, a possibilidade de adquirir as mesmas, não sendo resolvido de forma imediata e total, esperamos que seja resolvida esta situação, assim os dados dos idosos ficam registrados no prontuário eletrônico e ficha espelho para posteriormente preencher seus dados nas cadernetas.

Todos os idosos cadastrados na intervenção foram informados individualmente em consultas e nos grupos sobre a importância da caderneta e mostramos detalhadamente os registros e dados que aparecem em cada folha.

Objetivo5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

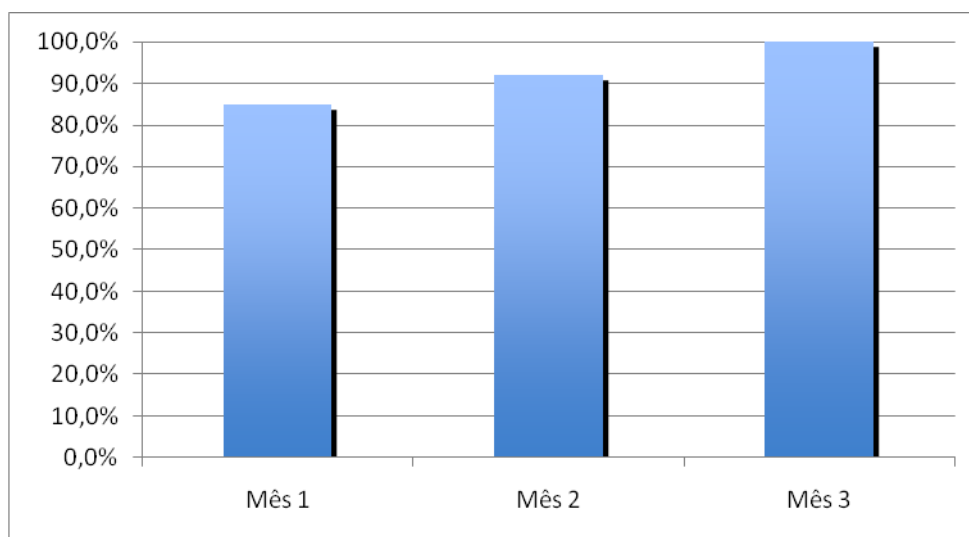


Gráfico 10 - Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na unidade de saúde nos meses de abril, maio e junho de 2015, Espumoso/RS.

Seguindo a análise, no primeiro mês foi realizada avaliação para risco de morbimortalidade a 84,9%(208) dos idosos cadastrados, no segundo mês

92,1%(434) e no terceiro mês 100%(677) foram avaliados para risco de morbimortalidade.

Nos primeiros meses este risco não foi avaliado de início nos idosos hipertensos e diabéticos por dificuldade com a realização dos exames complementares, e assim a avaliação de risco de morbimortalidade fica pendente. No decorrer da intervenção fomos solucionando esta dificuldade melhorando o indicador o que permitiu cumprir integralmente no terceiro mês.

Os idosos de maior risco foram priorizados os atendimentos e consultas e em ocasiões se realizou visita domiciliar. Também foram orientados sobre seus riscos e os cuidados e a necessidade de um acompanhamento mais freqüente.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Analisando no primeiro mês foi realizada a avaliação para fragilidade na velhice a 245 idosos, no segundo mês a 471, no terceiro mês para 677 totalizando 100,0% com avaliação para fragilização na velhice em dia, realizada durante a intervenção.

Todos os usuários idosos foram avaliados para fragilidade em consulta através da entrevista, exame físico, exames complementares, sinais e sintomas de declínio funcional. Foram priorizadas as consultas e visitas aos idosos, orientando a família e cuidador sobre a fragilidade nos idosos e a necessidade de acompanhamento mais freqüente.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

No primeiro mês foi realizada a avaliação da rede social a 245 idosos, no segundo mês a 471, no terceiro mês para 677 totalizando 100% da com avaliação de rede social em dia, realizada durante a intervenção.

Para cumprir com esta meta nos apoiamos na família e principalmente nas agentes comunitárias, identificando individualmente o suporte social de cada usuário idoso. As visitas realizadas a domicílios pela equipe e as atividades em grupo nas localidades nos permitiu identificar avaliar a rede social dos idosos. Os idosos com rede social deficiente foram identificados pelas Agentes Comunitárias de Saúde o que facilitou um atendimento prioritário em consulta ou visita domiciliar

Durante a intervenção foram criados 6 grupos de idosos os quais muitos estão participando em atividades dirigidas a estes usuários em centros sociais comunitários, na igreja matriz e no centro de assistência social municipal, onde são realizadas diferentes atividades recreativas, culturais e educativas .

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação sobre hábitos alimentares saudáveis.

Foi realizado no primeiro mês orientação nutricional a 245 idosos, no segundo mês a 471, no terceiro mês para 677 totalizando 100% dos usuários idosos durante a intervenção.

Todos os usuários idosos receberão orientação nutricional de forma individual e coletiva. Tendo em conta o estado nutricional e doenças crônicas, alguns foram avaliados e são acompanhados pela nutricionista.

Realizaram-se grupos onde se realizo palestras relacionadas com os hábitos alimentares e conversamos sobre os dez passos para uma alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

O primeiro mês se orientou sobre prática regular de atividade física a 245 idosos, no segundo mês a 471, no terceiro mês para 677 totalizando 100% dos usuários idosos com orientação sobre atividade física durante a intervenção.

Durante os três meses os usuários idosos foram orientados de forma individual em consultas e coletiva nos grupos realizados na UBS e em diferentes localidades. Com objetivo de promover trocas no estilo de vida do idoso. Saliento que um grupo de idosos incorporou a pratica de exercícios, semanalmente, realizados no centro de assistência social municipal.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

O primeiro mês se orienta sobre orientação sobre higiene bucal a 245 idosos, no segundo mês a 471, no terceiro mês para 677 totalizando 100% dos usuários idosos, durante a intervenção.

Para cumprir com esta meta se realizou orientações quanto à saúde bucal durante a consulta clínica e odontológica individualmente, além das atividades comunitárias onde se realizaram palestras educativas se conversas sobre a correta e adequada higiene bucal assim como realizar uma adequada higienização da prótese, com a participação como palestrante o odontologista da equipe,

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, melhorou os registros e qualificação com uma avaliação integral a saúde como: avaliação multidimensional rápida a todos os idosos cadastrados da área de abrangência da UBS, exame clínico apropriado, solicitação de exame complementar, foram cadastrados 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, todos os idosos foram rastreados para hipertensão na última consulta, realizamos a classificação de risco, conseguimos avaliar um número importante de idosos na primeira consulta de odontologia. Também com as ações de promoção e divulgação da intervenção conseguimos realizar 6 grupos de idosos e manter um trabalho unido a comunidade.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativo ao rastreamento dos idosos, avaliação global, diagnóstico, tratamento e monitoramento das ações. Estas atividades propiciaram a estimulação o trabalho e a integração de toda a equipe integrada por médica, odontologista, enfermeiro, técnicas de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assim como a integração de equipe de saúde com a comunidade e outras entidades sociais do município. Também aprendemos a planejar programar e realizar ações de saúde com acolhimento a pessoa idosa mais humanizada, com o conhecimento de envelhecimento.

Em linhas gerais foram definidas as atribuições, para toda a equipe como: a identificação dos idosos que participariam da intervenção e cadastro foi realizada com pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além de preencher Cadernetas de Idosos, realizar visitas domiciliares a idosos e integrar a equipe a comunidade.

Entre as funções e atribuições da médica estava a realização de consultas com avaliação global dos idosos. Outras atribuições foram às orientações sobre alimentação saudável, a prática regular de atividade física e higiene da saúde bucal assim como visitas domiciliares com a participação da enfermeira e dos ACS.

Entre as atribuições do odontologista estavam à avaliação de forma integral ao idoso, emitindo diagnóstico tratamento, orientação aos idosos, realizar atividades educativas aos grupos na comunidade.

A recepção, pelo agendamento das consultas em horário previamente definido pela equipe.

A intervenção foi de grande importância aprendemos a trabalhar em equipe, permitiu a ampliar os conhecimentos, trocar idéias e experiências qualificando o trabalho promoveu o trabalho integrado entre todos os profissionais da equipe alcançando uma melhor cobertura e qualificação do serviço.

Antes da intervenção as atividades de atendimento aos idosos eram concentradas nos médicos da UBS, a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de usuários idosos.

A organização do serviço com agendamento nos prontuários a utilização das fichas-espelho possibilitou a organização dos registros e monitoramento, permitindo um incremento do atendimento aos idosos, melhorou o acolhimento e a qualidade de atenção e viabilizou a otimização da agenda para a demanda espontânea.

Também foi importante por facilitar identificar os idosos com capacidade funcional alterada, fragilidade na velhice, com rede social deficiente, os idosos com maior risco de morbimortalidade, doenças odontológicas importantes. Também propiciou visitas a idosos acamados ou com problemas de locomoção de modo organizado. Facilitou priorizar os atendimentos aos mais necessitados ou com maior risco.

Os impactos da intervenção percebidos pela comunidade são positivos, foram as mudanças nos atendimentos, como aumento do número de atendimentos da UBS, as visitas no domicílio, melhorou o acolhimento aos usuários, aumento as ações promoção educação em saúde com elas a qualidade no atendimento. Também teve impacto na satisfação para os líderes da comunidade, devido às ações que nunca tinham sido feitas antes feitas por uma equipe de saúde. Os idosos mostraram satisfação e agradecimento.

A comunidade, as famílias e os idosos estão muito agradecidos, a UBS pela priorização de atendimento aos mais necessitados ou com algum risco. Porém apesar da ampliação da cobertura ainda temos muitos idosos sem cobertura.

Nossa intervenção também foi de muita importância, pois melhorou e ampliou a relação equipe com a família, a comunidade, facilitou contato com os grupos permitiu troca de experiências, ideais, mostrando e promovendo hábitos saudáveis.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde análise situacional houvesse maior envolvimento da equipe, se tivesse sido discutido os problemas e dificuldades, as atividades que estavam sendo desenvolvidas durante o curso. Outra ação que eu faria diferente e sensibilizar mais os profissionais da UBS que alguns não acreditaram em nosso trabalho e não nos acompanharam como esperávamos. Priorizar uma sala fixa para a intervenção o transporte para as visitas a domicílio dos idosos, assim como outros recursos que permitem uma melhor qualidade atenção a saúde do idoso.

Além disso ao final da intervenção percebesse que a equipe está mais integrada e preparada para dar continuidade às ações da intervenção e incorporação à rotina do serviço, continuar aumentando a cobertura e qualidade dos atendimentos e superar as dificuldades encontradas durante o desenvolvimento da intervenção.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. No entanto, necessitamos conscientizar mais a os profissionais e gestores da UBS mostrando protocolo de atenção a pessoa idosa assim como os resultados de nosso trabalho e o significado para os usuários idosos a família e a comunidade.

Continuaremos trabalhando no serviço mantendo a qualidade de atenção, para melhorar pretendemos continuar a acolher a todos os idosos e continuar cadastrando, e assim aumentando a cobertura e qualidade no atendimento. Será mantida a avaliação global, como as orientações de acordo com o protocolo. Serão confeccionadas as cadernetas dos idosos pendentes, continuaremos trabalhando com odontologista e facilitando a avaliação da saúde bucal. Também serão mantidas as ações de promoção aos idosos e as informações a comunidade sobre acompanhamento oferecido à saúde do idoso para um envelhecimento saudável.

As capacitações aos profissionais da equipe com temas atualizados referente ao envelhecimento também serão incorporadas a rotina do serviço.

Nossa UBS está em contratação de novas ACS, para as micro áreas de abrangência que estão desassistidas pelas mesmas. O que permitirá a ampliação da cobertura dos idosos, para isso será realizadas busca ativa dos idosos acamados que não foram avaliados durante a intervenção, a população será informada por meio de rádio, jornal, cartazes, visitas de Agentes Comunitárias de Saúde (ASC).

A equipe irá dar continuidade a essa intervenção, além de ampliar para outras ações programáticas como exemplo, o programa de atenção a saúde da criança.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor Municipal,

Em nossa Unidade Básica de Saúde Dr .Gerardo Barbosa foi desenvolvido o projeto de intervenção relacionado à Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso, estava previsto para ser desenvolvido em 16 semanas, mas devido ao período de férias foi reduzido para 12 semanas começando a primeira semana do mês de fevereiro de 2015.

Com as ações desenvolvidas neste período foi ampliada a cobertura da atenção e a qualidade dos atendimentos dos idosos pertencentes à área de abrangência da UBS.

A pessoa idosa geralmente sofre de doenças crônicas e muitas ocasiões complicações, que necessitam de um acompanhamento contínuo, pois podem gerar incapacidade dificultando suas atividades diárias e comprometendo a qualidade de vida.

A equipe escolheu trabalhar com os usuários idosos pela necessidade desta população considerando a realidade dos atendimentos na UBS, com a finalidade melhor organização e oferecer uma atenção com qualidade no serviço e uma avaliação integral do idoso, assim dar uma adequada resposta as demandas dessa população.

Nossa UBS os usuários idosos recebiam atendimento por demanda espontânea, o que não permitia um adequado desenvolvimento do programa da atenção a saúde da pessoa idosa. Também influenciou a não existência de ESF o que limitava os atendimentos de forma organizada com o agendamento para consultas clínicas e odontológicas.

Uma vez formada a equipe de saúde e a disposição de salas de consultas na UBS e fora desta, avaliado em reunião com os gestores municipais permitiu viabilizar as ações da intervenção.

Com objetivo obter melhor resultado no município na atenção de saúde dos idosos foi necessário à realização da Análise Situacional, ferramenta de gestão na APS, permitindo avaliar o comportamento dos indicadores de saúde do programa. Definindo a situação real do funcionamento e estrutura da unidade.

Para o desempenho da intervenção foi elaborado um cronograma com ações previstas no projeto que foram desenvolvidas durante as 12 semanas, participando os profissionais da equipe assim como outros da unidade básica, também da secretaria municipal de saúde, prefeitura e outras personalidades da comunidade, os quais foram de muita importância, facilitando uma melhor organização do trabalho e a qualidade dos atendimentos.

O apoio do gestor municipal também foi relevante para dispor fichas espelhos necessária para o desenvolvimento do projeto e garantir a disponibilidade de cadernetas de idosos, transporte para o traslado da equipe e visitas domiciliares, salas em diferentes áreas do município para oferecimento de consultas clínicas e odontológicas, assim como liberação do odontologista, para a equipe. Também facilito o contato com periodistas do jornal e radio para a divulgação dos serviços oferecidos na UBS pela intervenção permitiu e facilito que foram cadastrados um maior número de idosos com atendimentos de melhor qualidade.

Na primeira semana a médica apresentou o projeto aos profissionais da UBS representantes da comunidade e do Conselho Municipal de saúde, Conselho Municipal de Saúde assim como Conselhos locais das Comunidades, a gestora do Centro Municipal de Assistência Social e da Prefeitura Municipal, foi necessária, para o desenvolvimento das ações de saúde planejadas no cronograma e para solicitação de apoio com objetivo de ampliar a cobertura dos atendimentos idosos na UBS, sobre tudo os das áreas que não tem a participação dos Agentes Comunitários de Saúde e esclarecer a comunidade sobre a necessidade e importância do atendimento integral e periódico, assim como a priorização deste grupo populacional.

Orientados pelo cronograma começamos o primeiro mês ações de capacitação, sobre os protocolos do Ministério da Saúde Atenção a Saúde do Idoso aos profissionais da equipe e Agentes de Saúde Comunitários (ACS). Os temas

foram: cadastramento e acolhimento e busca de idosos faltosos, outros temas, como realizar a avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, alternativas para o acesso dos medicamentos da farmácia popular, atualização no tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, hábitos alimentares saudáveis (Dez passos para uma alimentação saudável), a prática de atividade física, cuidados da saúde bucal, além de ensinar como fazer um exame bucal e identificar lesões pré-maligna.

Também foi realizada capacitação sobre como preencher adequadamente a caderneta de saúde, cadastramento no âmbito da saúde bucal, assim como preencher os registros em cada procedimento durante o atendimento realizado. Outros temas tratados foram dar a conhecer a Política Nacional de Humanização e Estatuto do Idoso.

Estas capacitações foram realizadas pelo enfermeiro e médica da equipe e odontólogo, muito bem conduzida e interessante, pois incluiu treinamento prático das habilidades para medir a pressão arterial e realizar o teste de glicose assim como o exame dos pés no diabético, exame bucal.

Os profissionais ficaram bastante capacitados. Este momento foi de grande crescimento, para a equipe, pois é à primeira vez que nos reunimos, logramos em ocasiões participaram outros profissionais que não estavam na equipe e que posteriormente apoiaram em determinadas ações da intervenção.

Logramos que as Agentes de Comunitárias de Saúde as quais estavam desmotivadas com seu trabalho, dispostas a abandonar, ficaram incentivadas salientando o programa de saúde a família e a importância delas para as famílias e a comunidade incrementando-se este durante o desenvolvimento da intervenção, mostrando-se motivadas e ofereceram apoio total.

A intervenção foi de incentivo também para outros profissionais, como a nutricionista da unidade, facilitando o entendimento do tema, e do material educativo, sendo de grande impacto no ganho de conhecimento da equipe de saúde resultando muito interessante.

Na primeira semana realizamos a definição das atribuições de cada membro da equipe, o papel responsável no desenvolvimento das ações programáticas permitindo uma melhor organização, maior cobertura e qualidade no cumprimento das mesmas.

A intervenção foi divulgada pela equipe e pelas ACS em visitas domiciliares e atividades com a comunidade, assim como também foi muito

importante a divulgação pela rádio e jornal. Permitindo a participação de um maior número de idosos com objetivo de melhorar a qualidade de vida.

Foram identificados os idosos que formariam parte da intervenção, facilitado pelos registros feitos pelas agentes de saúde comunitárias. Com a melhoria dos registros foi facilitado a organização das fichas espelhos e a busca destas durante a consulta ou visitas domiciliares, garantiu o monitorando da cobertura, a busca ativa dos idosos faltosos e pendentes por algumas ações, assim como dos indicadores de qualidade do programa.

O preenchimento e atualização da ficha espelho para o acompanhamento dos idosos e a planilha de coleta de dados ofereceram as informações e obtenção dos indicadores de saúde das ações desenvolvidas durante a intervenção.

O registro de medicamentos de idosos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade saúde, por localidades permite e facilita a entrega mensal de modo organizado.

Estimado gestor hoje podemos fazer uma comparação orientada pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), como estava atenção a saúde dos idosos antes e após a intervenção.

Começamos com aproximadamente de 821 idosos cadastrados e acompanhados pela Unidade Básica de Saúde do total de 1503 correspondentes um 55% dos idosos, segundo a estimativa do caderno das ações programáticas. Com a intervenção a cobertura do programa de atenção a saúde do idoso na unidade de saúde foram cadastrados no programa 677 de 821 idosos residentes em a área de abrangência para um 82,5%. Foram acolhidos todos os idosos que solicitaram atendimentos na unidade a consultas de modo espontâneas ou agendadas, assim como nas visitas domiciliares. Os registros e monitoramento das ações permitiram a busca ativa e o incremento de participação dos idosos no programa.

A início da intervenção os indicadores de qualidade dos usuários deste grupo de idade se apresentaram com os seguinte valores tinham Caderneta de Saúde depois de a intervenção 65% (532), depois da intervenção se incremento a 95,4%(646) idosos. Muito importante, onde estão preenchido informações valiosas que permite aos profissionais a identificação do idosos e estado de saúde.

A realização de Avaliação Multidimensional Rápida antes da intervenção foi 65% (532), assim como acompanhamento em dia, depois os resultados foram

melhores de 100%(677) idosos,sendo avaliados todos os idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa.

Realiza-se avaliação multidimensional, avaliação clínica incluindo o exame clínico, prescrição de exames complementares, prescrição de medicamentos da lista de Hiperdia ou da Farmácia Popular, realizamos o registro adequado na ficha de acompanhamento, avaliação do risco de morbimortalidade, assim como avaliação de fragilidade, rede social e avaliação odontológica, ação muito importante porque permitiram identificar as necessidades e os idosos com maior risco, possíveis de modificar, assim como idosos com doenças crônicas como a hipertensão e diabetes, complicações destas, afecções odontológicas, alterações no estado nutricional, ou problemas que poderiam conduzir ao idosos a alterações em a funcionalidade, assim como foram avaliados outros aspetos da vida da pessoa idosa. Também permitiu realizar ajustes nos tratamentos por dificuldades encontradas como excesso ou abandono deste. Permitindo a equipe um acompanhamento destas usuárias idoso segundo suas necessidades, como incorporação dos idosos aos grupos a realização de exercícios físicos com professor de educação física em assistência social municipal e acompanhamento por diferentes especialidades.

Um total de 231 idosos com HAS (28%) e com DM 105 (13%),durante a intervenção foi solicitado exame laboratoriais a 100% (521)dos idosos hipertenso e/ou diabético.Ademais foram rastreados para diabetes o 74,2% (360) 485 usuários idosos hipertensos cadastrados no programa.

Foram orientados e com prescrição de medicamentos em a farmácia popular a 94,7%(641) idoso contando com outra opção ou facilidade.

Muito importante foi lograr realizar o cadastro e visitas a domicilio dos idosos com problemas de locomoção o acamados foram cadastrados 35 idosos deles foram avaliados, pelo equipe em sua domicilio o 77,1%(27) idosos.Foi uma melhoria alem das dificuldades com o transporte.Realizamos estas de forma planejada e organizada, sempre com o apoio das ACS.Foram identificando situações de saúde como HAS descompensada, com sinais de Insuficiência Renal, Anemia, Alzheimer ou sem exames complementares em dia, também famílias e cuidadores com estresse, entre outros afecções e necessidade. A equipe acolhe e acompanha os idosos com perdas funcionais e foram agendados e visitados em várias ocasiões segundo a doença ou necessidades.

O 65% (532) idosos têm avaliação de risco para morbimortalidade, incrementando se depois da intervenção resultando 100% (677) dos idosos.

A Investigação de indicadores de fragilização na velhice e rede social foi realizada aos 100% (677) idosos.

Em relação com a avaliação de saúde bucal em dia, de início se desconhecia o número não existe registro deste atendimento, depois da intervenção com a realização do registro e o monitoramento deste logramos realizar primeira consulta odontológica a 78,99 (534) dos idosos e foram avaliados com necessidade 96,3(652) idosos, resultados de gram satisfação, para a equipe e odontologista que percebeu o interes dos idosos depois das ações educativas.

Também o 65% (532) idosos têm recebido orientação nutricional, para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular. Com o incremento dos atendimentos em consultas mais a criação de 6 grupos de idosos, logramos realizar esta ação ao 100% (677) idosos.

Estimados gestor como pode avaliar os resultados em conto a cobertura e qualidade foram melhores do esperado, a equipe realiza um gram esforço e desenvolver todas as ações com muita responsabilidade e para lograr estes foi necessário trabalhar orientados pelo protocolo da atenção a saúde do idoso e realizar um cronograma para melhor organização.

Realizamos atendimentos em consultas disponibilizadas fora da UBS em áreas de abrangência, no Centro de Referência de Assistência Social – 1e no bairro Martini. Permitindo um maior numero de participantes e de atividades diretamente com a comunidade.

As orientações educativas de forma individual e coletiva desenvolvidas 12 atividades e criados seis grupos de idosos. Estas atividades educativas foram feitas na UBS, em localidades da comunidade, assistência social municipal e na Igreja matriz do município, sendo um logro importante da equipe, foi a primeira vez que são realizadas esta ações dirigidas especificamente a usuário idoso.

As palestras estavam dirigidas aos idosos, a família e a comunidade, foi sobre benéficos do SUS, prevenção de câncer de colo de útero e mama, dengue, nutrição sobre alimentação saudável, demência e Alzheimer, cuidados da saúde bucal a prática de atividade física e cuidados da prótese, entre ouros temas. Foram muito importantes as palestras de saúde bucal com a participação do odontologista

como palestrante, quem nos acompanho em todos os encontros com a comunidade por todas as áreas de abrangência da unidade.

Foi um número importante de palestras e conversas dirigidas aos usuários idosos, visando à participação de um número importante de idosos e comunidade em geral. Em cada encontro manifestaram interesse por temas, facilitamos que conhecessem sobre suas doenças, sobre cuidados pessoais da saúde e foram motivados a fazer perguntas e tirar dúvidas. A observação e impressão da equipe e que muitos dos idosos aprenderam hábitos saudáveis sobre tudo em relação à saúde bucal, a afinidade que apresentaram com odontologista da equipe foi maravilhosa, também tiveram troca de hábitos alimentares e foram incentivados a prática de exercício físico, participando de um grupo na assistência social onde tem uma academia.

A intervenção foi de grande importância para a equipe, pois as atividades propiciaram a estimulação o trabalho e integração de toda a equipe integrada por médica, odontologista, enfermeiro, técnicas de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assim como a integração da equipe de saúde com a comunidade e outras entidades sociais do município. Também aprendemos a planejar programar e realizar ações de saúde com acolhimento a pessoa idosa mais humanizada, com o conhecimento de envelhecimento. Além disso, aprendemos a trabalhar em equipe, permitindo ampliar os conhecimentos, trocar idéias e experiências qualificando o trabalho, promoveu o trabalho integrado entre todos os profissionais da equipe logrando melhor cobertura e qualificação do serviço.

A intervenção também foi de muita importância para a comunidade, pois os impactos da intervenção percebidos pela comunidade são positivos, foram participe das mudanças em atenção a saúde do idoso, incrementou o número de atendimentos da UBS, assim como as visitas no domicílio, melhorou o acolhimento aos usuários idoso, aumento as ações promoção educação em saúde com elas a qualidade no atendimento. Também foi impacto e satisfação para líderes da comunidade por ações nunca antes feitas por uma equipe de saúde, que apoiou em todo momento a equipe. Os idosos mostraram satisfação e agradecimento.

A comunidade, as famílias e os idosos estão muito agradecidos, na UBS realizasse priorização de atendimento aos mais necessitados o com algum risco não existindo dificuldade. Além da ampliação da cobertura ainda temos muitos idosos sem cobertura.

Nossa intervenção também foi de muita importante, pois melhorou e ampliou a relação equipe com a família, a comunidade, facilitou contato com os grupos permitiu intercambiar experiências ideais, mostrando e promovendo hábitos saudáveis.

Agradecemos o apoio recebido pelo gestor municipal em quanto à permitir a formação de um equipe de saúde com a liberação de odontologista, para o atendimento específico dos idosos, disponibilidade de material educativo, para palestras, folhas suficientes para a realização da impressão das fichas-espelho bem como dos protocolo do Ministério de Saúde para Atenção a Saúde da Pessoa Idosa pois estes não existiam na unidade. A criação de salas para consultas, facilitar o contato com periodistas da radio e jornal facilitando se a divulgação, a disponibilização de transporte quando foi possível, para a realização de visitas domiciliares.

Alem dos ganhos solicitamos a o gestor municipal manter estas e melhorar nos aspetos que apresentamos dificuldades durante o período da intervenção. A equipe continua com as ações previstas no projeto já inserido na rotina de funcionamento da UBS.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF Dr Gerardo Barbosa.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade

Durante 12 semanas a contar da primeira semana do mês Fevereiro /2015 foi desenvolvida a intervenção relacionado à Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Dr. Gerardo Barbosa. Nosso ponto de partida foi identificar qual a população da área de abrangência, pois não havia cadastramento prévio, ficando acertado que realizaríamos a intervenção com todos os idosos da área de abrangência, pois não temos mapeamento das áreas.

Para o desenvolvimento da intervenção e a participação dos idosos, família e comunidade foram necessárias a divulgação das ações, para isto contamos com a ajuda das ACS e dos membros da equipe formada pelo enfermeiro, técnica de enfermagem, odontologista e as médicas do Programa Mais Médicos e por médio da rádio do município.

E importante para a comunidade conhecer que começamos a intervenção com uma população de idosa aproximadamente de 821 idosos cadastrados e acompanhados pela Unidade Básica de Saúde. Com a intervenção a cobertura do programa de atenção a saúde do idoso na unidade de saúde foram cadastrados no programa 677 de 821 idosos residentes na área de abrangência para um 82,5%. Foram acolhidos todos os idosos que foram à unidade a consultas de modo espontâneas ou agendadas, assim como nas visitas domiciliares.

Com objetivo de oferecer um atendimento de qualidade a todos os idosos e laboramos um cronograma que facilito um planejamento e organização das ações previstas pela intervenção.

Entre as primeiras ações realizamos a capacitação dos profissionais da equipe e agentes comunitários durante quatro semanas, com a participação de todos os ACS e profissionais da UBS. Os temas foram dirigidos ao acolhimento aos

idosos, como a Política Nacional de Humanização e Estatuto do Idoso, atualização no tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, promoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física, saúde bucal. As Agentes Comunitárias de Saúde foram capacitadas, sobre a cobertura e busca de idosos preencherem adequadamente a caderneta de saúde, entre outros temas.

Para ampliar a cobertura do Programa de Atenção ao Idoso foram realizadas ações como informar e esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico, facilidades de realizá-lo na unidade de saúde sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso, foi realizado através de palestras, conversas na UBS, além de sua divulgação pela rádio, apoiados pelos gestores da unidade e a equipe com periodicidade mensal.

Em cada consulta individual realizamos a avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, incluindo medidas de pulsos, pressão arterial, estado nutricional, solicitação de exames laboratoriais, rastreamento para HAS e Diabetes Mellitus, permitindo identificar doenças crônicas debutantes, sinais de doenças crônicas descompensada ou complicações, assim como riscos morbimortalidade. Os idosos foram rastreados para HAS.

Para alcançar esta meta foi informado a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Realizaram-se encontros com a comunidade organizados por bairros, todas as semanas nas sextas feiras, realizadas por agentes comunitários, enfermeiros, médico de família e odontologista.

O exame clínico apropriado incluiu exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosos e medida da sensibilidade, para diabéticos. Orientamos aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doença sobre importância de ter os pés, pulso e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Foram oferecidas na UBS em cada consulta de forma individual e coletiva em cada encontro com a comunidade semanalmente, pelo enfermeiro e médica de família. Também foram orientados quanto a necessidades de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.

Revisou os tratamentos sobre todo aos idosos hipertensos e diabéticos, reajustando os tratamentos. Também damos a conhecer a possibilidade de obter estes na farmácia popular realiza-se prescrição de medicamento. Para alcançar esta

meta orientamos aos usuários e a comunidade quanto direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular /Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Em todos os encontros da equipe com a comunidade com frequência semanal, e em consulta individual na UBS os responsáveis foram enfermeiro, técnica em enfermagem, médica e agentes comunitários de saúde.

Outra das ações foi registro de medicamentos de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade saúde, este foi organizado por localidades o que permitiu e facilitou a entrega mensal de medicamentos com maior facilidade.

Foram cadastrados o 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. A comunidade foi informada sobre a existência do Programa de atenção ao Idoso da Unidade de Saúde. Realizado em encontros semanais com a equipe, pelos agentes comunitários, técnica de enfermagem, médica, tanto na UBS como as localidades de nossas áreas de abrangência. Também foram Orientandos sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção em todos os encontros da equipe com a comunidade e visita a família, frequência semanal pelos agentes comunitários, técnica de enfermagem, médica na UBS.

Entre as ações desenvolvidas se realizaram varias visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, para o cumprimento desta nos apoiaram muito nas famílias e as Agentes Comunitárias de Saúde, logrando que a maioria dos idosos cadastrados foi visitada ganhando a comunidade já que nunca antes foi feito de modo planejado e organizado por uma equipe de saúde.

As equipes realizam rastreamento a 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica. Alcançamos esta meta orientando a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS. A comunidade foram informados em todos os encontros com a equipe, visitas domiciliares e atendimentos individuais por todos os profissionais atuantes na UBS.

A comunidade foi informada sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.Em todos os encontros com equipe, visitas domiciliares e atendimentos individuais, a frequência e semanal por pelos agentes comunitários, técnica de enfermagem e médica.

Também foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A comunidade foi informada sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos. Também se informa sobre os atendimentos odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. São realizados em todos os encontros com a equipe, visita domiciliar e conversas na UBS pelos agentes comunitários, técnica de enfermagem, médica e odontólogo.

Os idosos foram acolhidos e acompanhados pelo odontologista, da equipe ofereceu avaliação, para as necessidades odontológicas, logrando que número importante de idosos com primeira consulta e foram identificadas varias lesões, sendo isto idosos acompanhados e encaminhados a outras especialidade. Também realizou ações de saúde nas comunidades, como consultas, palestras orientando sobre a saúde bucal.

Para melhora de adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso. A comunidade foi informada sobre a importância de realização das consultas. Foram esclarecidos os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Os encontros com a comunidade se realizaram por Barrios, com frequência semanal, organizados pelos agentes comunitários, enfermeiros e médica, nas localidades de nossa área.

Realizam-se registros específico de 100% das pessoas idosas. Foram distribuídas Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Para esta ação os usuários e a comunidade foi sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário e sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. Foram informados nos encontros com a comunidade todas as semanas, organizados por bairros, com frequência semanal pelos agentes comunitários, enfermeiros e médica onde se informara sobre estas ações.

Os idosos foram rastreados para risco de morbimortalidade. Realiza-se orientação sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais freqüente, quando apresentar alto risco, em consulta na UBS e em encontro com a comunidade todas as semanas pelos agentes comunitários, enfermeiros e médica.

Realizam-se registros específico de 100% das pessoas idosas. Foram distribuídas Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Para esta ação os usuários e a comunidade foi sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário e sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. Foram informados nos encontros com a comunidade todas as semanas, organizados por bairros, com frequência semanal pelos agentes comunitários, enfermeiros e médica onde se informara sobre estas ações.

As Agentes de Comunitárias de Saúde (ACS) realizaram registros dos usuários idosos de todas as localidades facilitando as visitas a cada família em busca dos idosos e informaram a toda a comunidade, sobre a existência do programa de atenção aos idosos na Unidade Básica de Saúde e a facilidade, para serem atendidas em consultas estabelecidas nas localidades mais próximas as suas casas. Logrando que um maior número participaram da intervenção.

Os registros e monitoramento das ações permitiram a busca ativa e o incremento de participação dos idosos no programa.

Os idosos foram rastreados para risco de morbimortalidade. Realiza-se orientação sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais freqüente, quando apresentar alto risco, em consulta na UBS e em encontro com na comunidade todas as semanas pelos agentes comunitários, enfermeiros e médica.

Para investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice e avaliar a rede social em 100% das pessoas idosas. O que facilito identificar necessidades ou declino funcionais, permitindo realizar ações em conjunto com a família e comunidade. Se orientou aos idosos e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais freqüente e como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Foram estimulados para a promoção da socialização da pessoa idosa com trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio assim como o estabelecimento de redes sociais de apoio. Orientados em consulta e em encontros com a comunidade todas as semanas, realizado pelos agentes comunitários, enfermeiros e médica na UBS e localidades das áreas de abrangência.

a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, para a prática regular de atividade física e sobre a importância da higiene bucal Também os cuidadores de idosos acamados o com problemas de locomoção foram orientados. Em cada consulta de

Foi garantizada orientações sobre alimentação saudável, prática de exercícios física e higiene da saúde bucal e de próteses dentárias a 100% idosos e seus familiares entre outros temas de forma individual e em encontro na comunidade, com frequência semanal, pelos agentes comunitários, enfermeiros, médica, odontólogo com apoio da nutricionista e psicóloga.

Foram desenvolvidas 12 atividades educativas e criados seis grupos de idosos. Estas atividades educativas foram feitas na UBS, em localidades da comunidade, assistência social municipal e na Igreja matriz do município, com o apoio da própria comunidade, sendo um logro importante foi à primeira vez que é realizada esta ações dirigidas especificamente a usuário idoso. A equipe percebeu uma grande satisfação dos idosos a família e comunidade.

As palestras foram sobre benéficos do SUS, prevenção de câncer de colo de útero e mama, dengue, nutrição sobre alimentação saudável, demência e Alzheimer, cuidados da saúde bucal a prática de atividade física e cuidados da prótese, entre outros temas. Foram muito importantes as palestras de saúde bucal com a participação do odontologista como palestrante, quem nos acompanho em todos os encontros com a comunidade por todas as áreas de abrangência da unidade.

A equipe visou à participação de um número importante de idosos e comunidade em geral. Em cada encontro manifestaram interesse por temas, facilitamos que conhecessem sobre suas doenças, sobre cuidados pessoais da saúde e foram motivados a fazer perguntas e tirar dúvidas. A observação e impressão da equipe e que muitos dos idosos aprenderam hábitos saudáveis sobre tudo em relação à saúde bucal, a afinidade que apresentaram com odontologista da equipe foi maravilhosa, também tiveram troca de hábitos alimentares e foram incentivados a pratica de exercício físico, participando de um grupo na assistência social onde tem uma academia.

A intervenção facilitou uma melhor organização dos atendimentos com consultas e visitas domiciliares agendadas, assim como as atividades educativas com os grupos de idosos e a comunidade.

Com o desenvolvimento das ações planejadas no cronograma da intervenção a comunidade ganhou em saúde e conhecimento. O acolhimento e atendimento clínico e odontológico dos idosos que demandaram a realização da avaliação global dos idosos e agendamento de forma organizada, as visitas domiciliares, as ações educativas foram de muito valor para toda a comunidade. Logramos identificar doenças, situações familiares, necessidades e risco nos idosos, a família e a comunidade.

A comunidade ganhou com a intervenção quanto à melhoria do acolhimento, da qualidade na atenção, aumento a cobertura, se realizou acompanhamento aos idosos com doenças crônicas ou complicadas e visitas a idosos acamados e com problemas de locomoção de forma organizada, foi disponibilizado um odontologista específico, para os atendimentos dos idosos. Também conseguimos que a comunidade se identificasse com a equipe, o que facilitou a criação de seis grupos de idosos, com participação ativa nas atividades educativas isso permitiu troca de idéias, experiências promovendo conversas, duvidas influenciando de modo positivo na qualidade de vida dos idosos.

Todas as ações que foram desenvolvidas durante a intervenção se encontram incorporadas à rotina do serviço, a equipe continua com o trabalho.

O resultado logrado pela intervenção foi pelo trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, gestor municipal, integrantes do conselho de saúde e da comunidade assim como a participação ativa dos usuários idosos.

Atenciosamente

Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Dr. Gerardo Barbosa.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minha expectativa sobre o curso foi sempre muito positiva, apesar das dificuldades pessoais que me preocuparam desde o início, como o idioma, o método de ensino, a distância, porém estas ansiedades não diminuirão o empenho na realização da intervenção.

O curso de Especialização em Saúde da Família sem dúvida contribuiu para qualificação profissional mais completa em minha formação, como especialista em medicina familiar formada em Cuba.

Fazer parte do Programa Mais Médica me permitiu trabalhar no Brasil, ofereceu a oportunidade de ter uma experiência nova no país, com uma cultura e com uma língua diferente e própria. Tem sido um grande desafio, me ajudo a conhecer outro idioma, outra cultura, aprendendo todos os dias algo novo.

O curso de Especialização em Saúde da Família me deu oportunidade de adquirir novos conhecimentos, sobre os Programas na Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Saúde no Brasil, permitiu o contato com outros profissionais da UBS onde trabalho, no início foi difícil, mais com o transcorrer do tempo se estabeleceram relações profissionais com muita ética e respeito.

Também permitiu o contato com os gestores da unidade, município e comunidade estabelecendo uma adequada comunicação, troca de ideais, experiências na saúde da família o que me ajudo a integrar mais a equipe de trabalho e criar um vínculo mais próximo, com o usuário, à família e a comunidade, melhorando a qualidade dos atendimentos.

Foi muito importante a comunicação com a orientadora, aprendi muito, conheci um método de estudo totalmente novo, para mim, com uma metodologia que facilito ampliar meus conhecimentos e uma maior compreensão dos programas

de Atenção Básica no Brasil. Exigiu uma preparação mais ampla com atualização de diferentes temas e o estudo de modo individual e coletivo ajudando com uma preparação como profissional mais completa.

As tarefas desenvolvidas durante a especialização permitiram desde o início conhecer a diferente realidade de meu contexto de trabalho, troca de ideias e experiências com gestores e com a comunidade, identificar problemas e busca de soluções na UBS, realizar um análise situacional identificando os problemas e necessidades da comunidade com as possíveis soluções.

Exigiu um grande tempo de estudo, fazer revisão de temas muito importantes e interessantes contribuindo para minha atualização, troca de ideais com outros profissionais, assim como os orientadores, através das práticas e dos casos clínicos, como também os testes de qualificação cognitiva.

O curso de especialização me mostrou e possibilitou aprender como trabalhar de forma organizada, planejada com um cronograma e como fazer monitoramento das ações desenvolvidas. Ademais permitiu a integração da equipe o que facilito uma maior qualificação do serviço especificamente à dirigida ao usuário idoso.

Com realização deste projeto acredito que cresci como ser humano e como profissional, mostrou-me como ser uma médica com uma visão mais integral dos problemas da comunidade. Hoje posso dizer que as noites convertidas em dias, o sacrificio e a dedicação valeram a pena.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010,11p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007, 68 p.

Fulber J.A. Evolução Histórica de Espumoso Administração Municipal de Espumoso.1Ed.Espumoso Dezembro/200p149-168.

Padilla.A.R.S.Portaria No 2.488.Atenção Básica nos Município e Distrito Federal :Outubro/2011.p12.

Mapa Espumoso. Disponível em:
https://www.google.com.br/search?q=mapas+de+esppumose/rs&ie=utf-8&oe=utf8&gws_rd=cr&ei=gAWpVbWJI8ODwgTonKK4Cw. Acessado em 08/08/2015

Apêndices

Apêndice A - Título do Apêndice

Ficha Odontológica

Unidade Básica Dr. Gerardo Barbosa- Município Espumoso- R/S

Programa de atenção ao idoso

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone de contato: _____

Data da primeira Consulta Odontológica Programática: __/__/____

Problema de locomoção ou acamado? () Sim () Não

Exame bucal _____

Procedimento _____

- () Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)
- () Cimentação de prótese
- () Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico
- () Drenagem de abscesso
- () Evidenciação de placa bacteriana
- () Exodontia de dente permanente
- () Instalação de prótese dentária
- () Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentária
- () Orientação de Higiene Bucal
- () Profilaxia / remoção da placa bacteriana
- () Radiografia Periapical / Interproximal
- () Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)
- () Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)
- () Restauração de dente permanente anterior
- () Restauração de dente permanente posterior
- () Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)
- () Selamento provisório de cavidade dentaria
- () Tratamento de alveolite
- () Ulotomia / Ulectomia

Fornecimento: _____

Conduta: _____

—

Próxima consulta: _____

Profissional que atendeu: _____

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados Idosos(3).xls [Modo de compatibilidad] - Microsoft Excel

Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Cortar Copiar Pegar Copiar formato Portapapeles Fuente Alineación Número Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Celdas Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1											
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
19	16										
20	17										
21	18										
22	19										
23	20										
24	21										
25	22										
26	23										
27	24										
28	25										
29	26										

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Listo

Anexo C-Ficha espelho

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não É acamado(a)? () Sim () Não HAS? () Sim () Não DM? () Sim () Não Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm Osteoporose? () Sim () Não Depressão? () Sim () Não Demência? () Sim () Não Se sim, qual? _____
 O idoso tem avaliação de risco para a saúde bucal? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: ____/____/____

[illegible][illegible]

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

[illegible][illegible]

Anexo E -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante